

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**Este certificado deberá ser completado por médico especialista con letra clara y en forma completa.**

El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>APELLIDO Y NOMBRE</b> |  |
| <b>DNI</b>               |  |

**1- Diagnóstico principal (CIE-10) y gravedad (clase funcional en caso que corresponda):** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**2- Diagnóstico secundario (CIE-10):** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**3- Año de comienzo de la patología, antecedentes y tiempo de evolución:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**4- Tratamientos Realizados (médicos, y quirúrgicos):** \_\_\_\_\_

---

---

---

**5- Tratamientos farmacológicos y/o rehabilitación (Detallar los esquemas de tratamiento farmacológicos recibidos con fechas):** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**6- Estado actual y describa las secuelas y limitaciones que presenta la persona en su funcionamiento diario para desenvolverse de manera autónoma. Explique los apoyos que considera necesarios implementar:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**7- Adjuntar estudios complementarios que respalden los diagnósticos: audiometría original y actual.**

## LIMITACIONES EN LA VIDA DIARIA

A continuación, se presenta un listado de las principales actividades de la vida diaria para que el profesional tratante pueda marcar con una X si actualmente la persona evaluada las realiza de manera autónoma y espontánea, o requiere de apoyo y asistencia:

| Actividades de la vida diaria                                                          | Si | No | Con apoyo<br>(técnico o humano) | No Esperable por la edad | No tiene |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------------------------|--------------------------|----------|
| <b>Básicas</b>                                                                         |    |    |                                 |                          |          |
| Control de esfínteres                                                                  |    |    |                                 |                          |          |
| Uso del inodoro                                                                        |    |    |                                 |                          |          |
| Higiene personal                                                                       |    |    |                                 |                          |          |
| Alimentación                                                                           |    |    |                                 |                          |          |
| Vestimenta                                                                             |    |    |                                 |                          |          |
| Movilidad Funcional (sentarse, pararse)                                                |    |    |                                 |                          |          |
| <b>Instrumentales</b>                                                                  |    |    |                                 |                          |          |
| Mantener conversaciones                                                                |    |    |                                 |                          |          |
| Leer calles, carteles, paradas de transportes                                          |    |    |                                 |                          |          |
| Caminar hasta 10 cuadras                                                               |    |    |                                 |                          |          |
| Caminar más de 10 cuadras                                                              |    |    |                                 |                          |          |
| Subir y/o bajar escaleras                                                              |    |    |                                 |                          |          |
| Uso del teléfono                                                                       |    |    |                                 |                          |          |
| Levantar peso (bolsa de compras, mochila)                                              |    |    |                                 |                          |          |
| Elaboración de comida básica (sin mezclar ingredientes o utilizar cuchilla)            |    |    |                                 |                          |          |
| Elaboración de comida compleja (mezclando ingredientes o utilizando cuchilla)          |    |    |                                 |                          |          |
| Realización de tareas domésticas básicas (barrer, ordenar)                             |    |    |                                 |                          |          |
| Realización de tareas domésticas complejas (lavar platos, lavar ropa, limpiar el baño) |    |    |                                 |                          |          |
| Utilización de electrodomésticos                                                       |    |    |                                 |                          |          |
| Manejo de la medicación                                                                |    |    |                                 |                          |          |
| Uso de medios de transporte                                                            |    |    |                                 |                          |          |
| Administración de dinero                                                               |    |    |                                 |                          |          |
| Realización de trámites (municipales por ejemplo)                                      |    |    |                                 |                          |          |
| Sacar turnos (salud, jubilación, etc.)                                                 |    |    |                                 |                          |          |
| Asistencia a jardín de infantes o escuela                                              |    |    |                                 |                          |          |
| Realización de tareas escolares                                                        |    |    |                                 |                          |          |
| Participación en juegos grupales                                                       |    |    |                                 |                          |          |
| Participación en actividades deportivas                                                |    |    |                                 |                          |          |
| Participación en actividades de recreación                                             |    |    |                                 |                          |          |
| Participación en actividades sociales                                                  |    |    |                                 |                          |          |
| Participación en actividades laborales                                                 |    |    |                                 |                          |          |

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ACTUANTE