

**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 y gravedad (clase funcional en caso que corresponda):** .....

.....

**2- Diagnóstico Secundario:** .....

.....

**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 SECUELAS detalladas: todo lo que le afecta a la persona en particular - NO LA DEFINICION DEL DIAGNOSTICO - en actividad y participación de la vida diaria:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**7- ADJUNTAR INFORMES Y/O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE RESPALDEN LOS DIAGNOSTICOS: TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA CEREBRAL (TAC), RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN).**

FECHA: ...../...../.....

.....  
Firma y sello del médico actuante

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**SOLICITUD DE EVALUACION**

**CONDICION DE SALUD: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.**

Este Certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa, el mismo tiene carácter de Declaración Jurada.

La Junta Evaluadora de Personas podrá solicitar información ampliatoria.

<b>Apellido y Nombres</b>	
<b>DNI</b>	

**1. DIAGNOSTICOS:**

**CIE 10**

<hr/> <hr/>
-------------

**DSM IV - EVALUACION MULTIAIXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)**

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

**2 - INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO	Con apoyo
¿Establece vínculos con su entorno familiar?			
¿Establece contacto con otros externos a la familia?			
¿Establece vínculos con pares?			
¿Puede establecer vínculos duraderos?			
¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas en las interacciones con otros?			

**3. CUIDADO DE LA PROPIA SALUD**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

	Solo	Con apoyo	No lo realiza
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

**4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL**

PSICOTERAPEUTICO	MODALIDAD/DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLOGICO	MEDICACION	DOSIS

**5. ESCOLARIDAD**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

Primaria		Secundaria		Terciaria		Escuela Especial		
Formación laboral		Proyecto de integración		Adaptación Curricular		Lee y escribe	SI	
							NO	

**6. LABORAL**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

Trabajo en relación de dependencia		Trabajo autónomo		Emprendimientos sociales productivos		Talleres protegidos	
Otros		No trabaja					

**7. ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO**

(Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva, MMPI-2, neuroimágenes, etc.)

---

---

---

---

---

---

**8. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA**

(Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones, pronóstico, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario  
de Salud Mental

.....  
FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL

Médico Especialista

**Fecha:** ..... / ..... / .....