

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.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

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 copia de informes de estudios que respalden el diagnóstico: Campo Visual – Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos.

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 (técnico o humano)	No Esperable por la edad	No tiene
Básicas					
Control de esfínteres					
Uso del inodoro					
Higiene personal					
Alimentación					
Vestimenta					
Movilidad Funcional (sentarse, pararse)					
Instrumentales					
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

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

ES IMPORTANTE CUMPLIMENTAR EN LO POSIBLE, LOS DATOS REQUIRIDOS A FIN DE EVITAR DEMORAS E IMPUGNACIONES

REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este CERTIFICADO debe ser completado por **UN/A ESPECIALISTA**
con letra **clara** y en forma **completa**.

El mismo tiene carácter de **DECLARACION JURADA**.

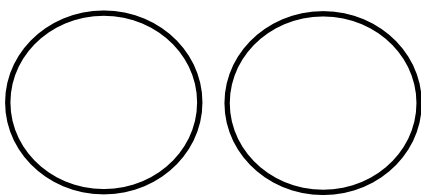
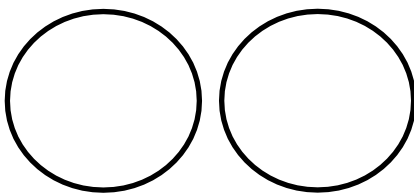
APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EXAMEN OFTALMOLOGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Agudeza Visual S/C		
Agudeza Visual C/C		
Refracción		
Tensión Ocular		
Biomicroscopia		
Fondo de Ojo		

ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

Campo Visual – Ecografía – RFG – OCT – Estudios Electrofisiológicos

 FONDO DE OJO	ESQUEMAS	 CAMPO VISUAL
--	-----------------	--

DIAGNOSTICO:

.....
.....

FECHA: SELLO Y FIRMA: