



**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**CONDICION DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL - MENTAL**

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

La Junta Evaluadora de Discapacidad podrá solicitar información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

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

**1. DIAGNOSTICOS: CIE 10 (Códigos)**


**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
Concorre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

### 4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLOGICO	MEDICACION	DOSIS

### 5. ESCOLARIDAD

(MARCAR CON UNA CRUZ)

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

### 6. LABORAL

(MARCAR CON UNA CRUZ)

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

**7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS 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	..... FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL Médico Especialista
<b>Fecha:</b> ..... / ..... / .....	