

Dirección de Afiliaciones - PFIS

EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Beneficio N°	
Apellido y Nombre del titular	

Sr./Sra.....

DNI.....

1- El médico suscriptor considera que conforme a la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) la persona atendida presenta:

- Mixtas: Motor y Mental: PC (G80) y Retardo Mental (F70-F79)
- Síndromes genéticos: Síndrome de Down (Q90) , Otros (Q00-99)
- Trastornos Mentales: Retardo Mental (F70-F79) , Trastornos Generales del Desarrollo (Autista, de Rett y otros) (F84) , Psicosis Infantiles (F90-F98) .
- Sensoriales: Hipoacusias (H90-91) , Ceguera y disminución de la agudeza visual (H 54)
- Motoras: Parálisis Cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83) , Mielomeningocele (Q05-06) , Trastornos musculares primarios y Otras Miopatías (G71-72) , Secuelas de Poliomielitis (B91) , Artritis Juvenil (M08) .
- Otras.....
.....

2- Este formulario de ninguna manera determina la capacidad de una persona.
La capacidad de un sujeto se determina Judicialmente, dicha potestad sólo la posee un Juez.

3- Mediante el Formulario esta Dirección de Afiliaciones efectuará la afiliación del familiar a cargo que posea una discapacidad sin límite de edad.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del médico interviniente

.....

Firma y sello del responsable de Afiliaciones de la UGP