

PLANILLA DE EVALUACION

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 pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
D.N.I.	

1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10

.....

.....

.....

2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES o VINCULARES

	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

	SOLO	CON APOYO	NO LO REALIZA
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/recreativas			

4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/ DISPOSITIVO	FRECUENCIA

**Presentar copia del DNI del beneficiario y del padre, tutor o curador, según el caso.
Si tiene Obra Social, copia del carnet.**



PSICOFARMACOLÓGICO	MEDICACIÓN	DOSIS

5. ESCOLARIDAD

Educación Inicial	Primaria	Secundaria	Terciaria/ Universitario
Adaptación Curricular	Proyecto de integración	Escuela Especial	Formación laboral
Lee y Escribe	Sí	No	

6. LABORAL

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, neuroimagenes,etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Presentar copia del DNI del beneficiario y del padre, tutor o curador, según el caso.
Si tiene Obra Social, copia del carnet.**



8. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones por salud mental, pronóstico, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

FIRMA Y SELLO del Médico

Adjuntar informe de otros profesionales tratantes (psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapistas ocupacionales, kinesiólogos, etc.) e informe escolar/ institucional (si concurre).