

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE
Es importante cumplir con todos los requisitos a fines de evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA DE EVALUACIÓN

CONDICIÓN 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 Nombres | |
| DNI | |

1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10

.....

.....

.....

.....

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

| PSICOTERAPÉUTICO | MODALIDAD/ DISPOSITIVO | FRECUENCIA |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| | | |
| PSICOFARMACOLÓGICO | MEDICACIÓN | DOSIS |
| | | |

5. ESCOLARIDAD
(MARCAR CON UNA CRUZ)

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|-----------------------------|--|
| Educación Inicial | | Primaria | | Secundaria | | Terciaria/ Universitario | |
| Adaptación Curricular | | Proyecto de integración | | Escuela Especial | | Formación laboral | |
| Lee y Escribe | | sí | | 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 MATRÍCULA
PROFESIONAL

FIRMA Y MATRÍCULA
PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario

Médico

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

