

## **POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

### **PLANILLA DE EVALUACIÓN**

#### **CONDICIÓN DE SALUD: EPILEPSIA**

Este certificado deberá ser completado por médico tratante 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.

<b>Apellido y Nombre</b>	
<b>DNI</b>	

#### **1-Enfermedad de base (si la hubiera)**

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

#### **2- Especificar tipo de crisis:**

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

#### **3- Tiempo de evolución de las crisis**

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

#### **4-Frecuencia de las crisis:**

Diaria:     Semanales:     Mensuales:     otras (especificar).....

**5- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).**

ESQUEMA DE TTO N° 1	ESQUEMA DE TTT N° 2	ESQUEMA DE TTT N° 3

**6- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual).**

ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL

**7- Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico.**

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

**8- Adjuntar diagnóstico según CIE 10 de trastornos mentales y del comportamiento asociadas si los hubiera.**

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

**9- Resumen de Historia Clínica completo. (Antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)**

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

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

.....  
**Firma y sello del médico actuante**

