

**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.

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

**1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10**

.....

.....

.....

.....

**2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES**  
(MARCAR CON UNA CRUZ)

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Con apoyo</b>
¿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)

	<b>Solo</b>	<b>Con apoyo</b>	<b>No lo realiza</b>
Concorre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

**4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL**

<b>PSICOTERAPÉUTICO</b>	<b>MODALIDAD/ DISPOSITIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>PSICOFARMACOLÓGICO</b>	<b>MEDICACIÓN</b>	<b>DOSIS</b>

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