



## PLANILLA DE EVALUACIÓN CONDICION DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL - MENTAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres	
DNI/LE/LC	

### 1. DIAGNÓSTICOS – CIE - 10


### 2 - INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES (marcar con una cruz)

	NO	SI	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 SU 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 TERAPEUTICO ACTUAL

PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLÓGICO	MEDICACIÓN	DOSIS

### 5 – ESCOLARIDAD (marcar con una cruz)



**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

EDUCACION INICIAL	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA/ UNIVERSITARIA
ADAPTACION CURRICULAR	PROYECTO DE INTEGRACION	ESCUELA ESPECIAL	FORMACION LABORAL
LEE Y ESCRIBE (SI/NO)			

**6 - LABORAL**

Trabajo en relación de dependencia	Trabajo autónomo	Emprendimientos sociales productivos	Talleres protegidos
Otros	No trabaja		

**7 -ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS 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.)


..... / .....

FECHA


-----

FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL  
MÉDICO ESPECIALISTA


-----

FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL  
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD  
MENTAL