



## 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.

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

### 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)

--

