



## PLANILLA PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS

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</b>	

<b>1 - ENFERMEDAD DE BASE (si la hubiera)</b>

<b>2 - ESPECIFICAR TIPO DE CRISIS</b>

<b>3 - TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS</b>

<b>4 - FRECUENCIA DE LAS CRISIS</b>							
<input type="checkbox"/>	<b>DIARIAS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>SEMANALES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>MENSUALES</b>	<input type="checkbox"/>	<b>OTROS (especificar)</b>
<b>OTROS (especificar):</b>							

<b>5 - TRATAMIENTOS RECIBIDOS</b>		
Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos		
<b>ESQUEMA DE Tto.N 1</b>	<b>ESQUEMA DE Tto.N 2</b>	<b>ESQUEMA DE Tto.N 3</b>



**6 – TRATAMIENTO ACTUAL**

Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración del tratamiento actual

**ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL**

**6 - ADJUNTAR INFORME DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA ABORDAR AL DIAGNÓSTICO**

**7 - ADJUNTAR DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM IV DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS SI LAS HUBIERA**

**8 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO (antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)**

..... / ..... / .....

FECHA

-----

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE