



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

<p>-----</p> <p>FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL MÉDICO ESPECIALISTA</p>

<p>-----</p> <p>FIRMA Y MATRICULA PROFESIONAL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL</p>
