



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.

APELLIDO Y NOMBRES	
DNI	

1 - ENFERMEDAD DE BASE (si la hubiera)

2 - ESPECIFICAR TIPO DE CRISIS

3 - TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS

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

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



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