



PLANILLA PARA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EPILEPSIA

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.

APELLIDOS Y NOMBRES	
DNI/LE/LC	

1 - ENFERMEDAD DE BASE (SI LA HUBIERA)

2 - ESPECIFICAR TIPO DE CRISIS

3 - TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS

4 - FRECUENCIA DE LAS CRISIS					
Diarias		Semanales		Mensuales	
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 terapéutico actual

7 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO (ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL, PRONÓSTICO, TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS, ETC.)

8 - DETALLE DE SECUELAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO ACTUANTE