



Dirección General de Investigación de Políticas
para Personas con Discapacidad

CENTRO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

HOJA 1/3

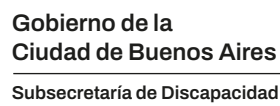
Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

APELLIDOS Y NOMBRES	
DNI/LE/LC	

[illegible]

2 - AÑO DE COMIENZO DE LA PATOLOGÍA	
-------------------------------------	--

[illegible]



Dirección General de Investigación de Políticas
para Personas con Discapacidad
CENTRO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

7 - TROPISMO MUSCULAR



EN CASO DE ESCOLIOSIS

8 - MEDICIÓN DE ÁNGULO DE COBB Y DEL ÍNDICE DE MOE Y NASH

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

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO ACTUANTE