



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE
Es importante cumplir con todos los requisitos a fines de evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA DE EVALUACIÓN

CONDICIÓN DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELLECTUAL-MENTAL

Este certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora de Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombres	
DNI	

1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10

.....

.....

.....

.....

.....

2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES
(MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO	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 LA 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 TERAPÉUTICO ACTUAL

PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/ DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLÓGICO	MEDICACIÓN	DOSIS

5. ESCOLARIDAD
(MARCAR CON UNA CRUZ)

Educación Inicial		Primaria		Secundaria		Terciaria/ Universitario	
Adaptación Curricular		Proyecto de integración		Escuela Especial		Formación laboral	
Lee y Escribe		sí		no			

6. LABORAL
(MARCAR CON UNA CRUZ)

Trabajo en relación de dependencia		Trabajo autónomo		Emprendimientos sociales y productivos		Talleres protegidos	
Otros		No trabaja					

7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS 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.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

FIRMA Y MATRÍCULA
PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario

.....

FIRMA Y MATRÍCULA
PROFESIONAL

Médico

Fecha:/...../.....