



Ministerio de Salud  
SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA

INST. NAC. DE REHABILITACION PSICOF. DEL SUR

Mar del Plata, 16/09/02

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Validez del certificado: PERMANENTE ☒  
TEMPORARIO ☐

Válido hasta: ...../...../.....

Apellido y Nombres: BEUO DOMINGO H.C.I.Nº: .....

DNI/LE/LC/CINº: 5362926 F.Nac. 24/06/34 Edad 68

Obra Social: Pami

DIAGNÓSTICO: ARTROSIS SEVERA DE COLUMNA CERVICAL  
y DORSAL (2) HIPERTENSION ARTERIAL (3) INSU-  
FICIENCIA CARDIACA HIPOCOLESTEROLEMIA SEVERA

Antecedentes: .....

Tiempo de evolución: MEZ CIO AÑOS

Presenta una discapacidad:

-visceral ☒ mental ☐ motora ☒ auditiva ☐ visual ☐  
-parcial ☒ total ☐ -permanente ☒ transitoria ☐

Descripción del Estado Actual: .....

Ley Nº 23.876 ART. 1º: "En los casos en que el tipo de Discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante". ~~SI/NO~~

Se considera ☐ NECESARIO ☐ CONVENIENTE ☒ INNECESARIO solicitar curatela para cobro de beneficios.

DE CONFORMIDAD CON LO DICTAMINADO POR LA JUNTA MÉDICA CORRESPONDE OTORGAR LA CERTIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL ART. 3º DE LA LEY Nº 22.431.

FIRMA Y SELLO MÉDICO

FIRMA Y SELLO MÉDICO

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Este Certificado es personal y no deberá ser entregado por ningún motivo a terceros, estando vigente hasta el ..... y sirviendo el presente de documento válido para acreditar la discapacidad del titular.

CERTIFICO QUE LAS FIRMAS Y LAS MATRICULAS CONSIGNADAS PRECEDENTES, PERTENECEN AL MEDICO ACTUANTE:

SELLO DE LA INSTITUCION

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PSICOFISICA DEL SUR

R.N.º 68 N.º 10 C.N.º 593  
1600 Ma del Plata

Dr. Juan Carlos Linde  
Jefe Depto. Rehabilitación  
INAREPS

Dr. JOSE OROZCO  
DIRECTOR