



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ORIGINAL

Ref. Expediente N°

FECHA

DIA MES AÑO
30 11 10

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

TAUZI Hospital Zanon Santamarina

U11

Constituida por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a

LEPOR, Héctoro Manuel

Documento de Identidad

Fecha de Nacimiento

Edad

Sexo

Estado Civil

Nacionalidad

- 6560694

L.E

25

12

47

62

M

C

A

NUMERO

TIPO

DIA

MES

AÑO

F/M

S/C/D/V

A/E

Domicilio actual - Calle

Mourel

Número

Piso

Dpto.

Partido

817

-

-

TAUZI

Localidad

Código Postal

TAUZI

2000

Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico)

421555

DIAGNÓSTICO

Indique Código
según CIE 10

ETIOLOGÍA

620X

DEFICIENCIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

6.60

7.7J

DISCAPACIDAD

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

Fecha de inicio (de la discapacidad) / /

4.45

4.48

5.58

6.61

7.70

7.71

MINUSVALIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

1.0

2.1

3.2

4.4

5.0

6.4

GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad 1 (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1)

ALCANCE de la Discapacidad

Parcial Trans. ☐Parcial Perm. ☒Total Trans. ☐Total Perm. ☐

TIPO de la Discapacidad

Visceral ☒Mental ☐Motora ☒Auditiva ☐Visual ☐

PRONÓSTICO de la Discapacidad 6 (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1)

La institución de CURATELA se considera

Necesaria ☐Innecesaria ☒

Plazo de la VALIDEZ del Certificado

1 Año ☐2 Años ☐3 Años ☐5 Años ☐10 Años ☒

NECESITA ACOMPAÑANTE

SI ☐NO ☒

Dr. CARLOS A. PERALTA
Médico Especialista en
Medicina Física y Rehabilitación
M.P. 94.266 M.N. 104.050

Dr. VITO MESSINA
M.P. 15.351
DIRECTOR MÉDICO
Hospital Municipal "Dr. Santamarina"

Lic. Adriana Clemente
Directora Asociada
Hospital Municipal "Dr. Santamarina"

Firma y Sello del Médico actuante

Firma y Sello del Médico actuante

Firma y Sello del Médico actuante

Firma y Sello del Director del Hospital