



ORIGINAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Expediente N°

FECHA

DÍA MES AÑO
25 05 11

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

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

ARMANDO Mariano Sedas Lipo

Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad
NUMERO TIPO	DIA MES AÑO		F/M	S/C/D/V	

Domicilio actual - Calle

Número Piso Dpto. Partido

Localidad

Código Postal

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

DIAGNÓSTICO

Indique Código
según CIE 10

ETIOLOGÍA

DEFICIENCIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

DISCAPACIDAD

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

Fecha de inicio (de la discapacidad)

MINUSVALIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (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

Visual

PRONÓSTICO de la Discapacidad

(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 MEZZINA
M.P. 18.881
DIRECTOR MEDICO
Hospital Municipal "R. Sarmiento"

Lic. Adriana Clemente
Directora Asociada
Hospital Municipal "R. Sarmiento"

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