

Formulario único

ORIGINAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ref. Expediente N° La Junta Médica Descentralizada de (lugar) Región Sanilaria TUNDO, MONO, OL (2000) Constituída por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a AMAS CACLOS ALFREDO Documento de Identidad Fecha de Nacimiento Edad Sexo Estado Civil Nacionalida ALOGIS OS SETO DIA MES ANO FIM SCIDIA AE NUMERO TIPO DIA MES ANO FIM SCIDIA AE OORIGIO actual - Calle Domicilio actual - Calle Codigo Postal TONDO Offices datos de interés (feléfono, fax, correo electrónico) ISCAPACIDAD (indique el Codigo según Baremo CIDDM 1) DEFICIENCIA (indique el Codigo según Baremo CIDDM 1) ALOGICA SETO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (Indique el Codigo según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Visceral Mental Motora PRONÓSTICO de la Discapacidad Visceral Mental Motora PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Necesaria Innocosaria Plazo de la ValLIDEZ del Certificado NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO DESCAPACIDA (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Necesaria Innocosaria Plazo de la ValLIDEZ del Certificado NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO DESCAPACIDA (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Necesaria Innocosaria Plazo de la ValLIDEZ del Certificado NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO DESCAPACIDA (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Necesaria Innocosaria Plazo de la ValLIDEZ del Certificado NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO DESCAPACIDA (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Firms Valle del Médico actuante Firma Valle del Médico actuante Firma Valle del Médico actuante Firma Valle del Director il Firma	*	:	DIA MES AÑO
TOUD., Ho 20 1 Rmod South 20 1 14990, dictamina que el Sr/a AMAS CA2() AI FC&30 Documento de Identidad AI POLO 3 AI FC&30 Documento de Identidad Fecha de Nacimiento Edad Sexo Estado Civil Nacionalida AI 0 0 3 0 9 9 0 1 1 2 0 0 1 1 2 0 0 1 1 2 0 0 1 1 2 0 0 1 1 1 1	Ref. Expediente N°	FE	ECHA 25 06 1
Constitutida por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr/a ALAS CAROS AL COS AL FRATTO MECISTRA ANO SENSOR Estado Civil Nacionalida (A. 2.0 (C. 5)			Región Sanitaria
Documento de Identidad A 2 0 3 0 8 8 A 2 0 0 A 2 0	TAVOIT HOSPICEI RMON SONTENER		UIII
Documento de Identidad	Constituida por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario N° 1149/90, dict	amina que el Sr./a	
A 2 0 G 3 0 S D 2	AMIAS CARIOS AIFREDO		
NIMERO Domicilio actual - Calle U I C C T C L O P 2 T Número Piso Dpto. Partido 2 2 7 O T T P C C C C C C C C C C C C C C C C C	Documento de Identidad Fecha de Nacimiento	Edad Sexo	Estado Civil Nacionalida
Domicilio actual - Calle Vicure 1082 Número Piso Dpto. Partido 2.2.70 — TANDA Localidad Código Postal TANDA Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) 1.56 CPT CC DIAGNÓSTICO Indique código según Baremo CIDDM 1) 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) Fecha de Inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. PARCIA PERALTO DISCAPACIDA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. PARCIA PERALTO Medico Reprecialista en Mental Innecesaria Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 5 nos Anolu. Marcial Medico Reprecialista en Mental Innecesaria DISCAPACION PERALTO Mental Mental Innecesaria DISCAPACION PERALTO Men	12063098 01= 1204 56	SSM	<u>C</u>
Número Piso Dpto, Partido 22 70		F/M	S/C/D/V A/E
Número Piso Dpto. Partido 2 2 70 — TIAJA Localidad Código Postal TIAJA Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) L 5 C 7 C C DIAGNÓSTICO Indique Código según Cie 10 DEFICIENCIA (indique el Código según Baremo CIDDM 1) 3 30 33 C C C TATA DISCAPACIDAD (indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (indique el Código según Baremo CIDDM 1) A C C C C C C C C C C C C C C C C C C			
Localidad Código Postal TNDD Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) DIAGNÓSTICO DIA			
Localidad Código Postal TAJOA Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) LOCATOC DIAGNÓSTICO DIAGNÓ			E8
Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) SCCTC DIAGNÓSTICO			Cádigo Postal
Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) SCOTO DIAGNÓSTICO Indique Código ETIOLOGÍA			
DIAGNÓSTICO DIAGN			
DIAGNÓSTICO DIAGN			• 10
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) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. TOTAL Trans. PRONÓSTICO de la Discapacidad Visceral Mental Motora PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria Innecesaria Necesaria Innecesaria Dia Según Baremo CIDDM 1) DI CARLOS A. PERALTA Médico Sopecialista en Mental Motora Necesaria Innecesaria Dia Según Baremo CIDDM 1) DI CARLOS A. PERALTA Médico Sopecialista en Mental Motora Mental Motora Necesaria Innecesaria Dia Según Baremo CIDDM 1) DI CARLOS A. PERALTA Médico Sopecialista en Mental Mental Motora Mental Me		Indique Código	ETIOLOGÍA
DISCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. TIPO de la Discapacidad Visceral Mental Motora PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Plazo de la VALIDEZ del Certificado NECESITA ACOMPAÑANTE DI CARLOS A PERALTO Médico Especialista en Medico Especialista en Med	COLD. TITLE		TIOLOGIA
DISCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. TIPO de la Discapacidad Visceral Mental Motora PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Plazo de la VALIDEZ del Certificado NECESITA ACOMPAÑANTE DI CARLOS A PERALTO Médico Especialista en Medico Especialista en Med	G 5 I U		
DISCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDDM 1)			
MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 5 Años 5 Años Lic. Adriána Clerne Medico Especialista en Medi	5.50 931 6.60 7.79		
MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. Otal Perm TIPO de la Discapacidad Visceral Mental Motora 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 NOS NOS NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO Dr. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Médicio Especialista en Medicio Especialista en Medic	DISCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDDM 1)	Fecha de inicio (de la	discapacidad)
GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad	440246 461266 7.70 7.71 222	2 .	
GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad	MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1)		
GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad	1.1, 2.6 3.6 4.7 5.3	> 6.7	
ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. Parcial Perm. TIPO de la Discapacidad Visceral Mental Motora 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 NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO Dr. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Medicina Esta y Rehabilitado MP. 94.266 M.N. 104.050 Dr. VITO MEZZINA DIRECTO MEDICO Iospital Mentalidado MP. 94.266 M.N. 104.050 Directora Asociada Hospital Mentalidado P. Santam			**
PRONÓSTICO de la Discapacidad Visceral (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 NECESITA ACOMPAÑANTE DI. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Medico Especialista en M	GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (Indique la Opción	n según Baremo CIDDN	1 1)
PRONÓSTICO de la Discapacidad Visceral (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 NECESITA ACOMPAÑANTE DI. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Medico Especialista en M	ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Per	rm. Total T	rans. Stal Pern
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 NECESITA ACOMPAÑANTE DI. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Medicina Efsica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 DI. CARLOS A. PERALTA Medico Especialista en Medicina Efsica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 Lic. Adriana Cleme Directora Asociacta Hospital Martinal Martin			WEIPAL RAMO
Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 5 MOS NECESITA ACOMPAÑANTE DI. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Médico Especialista en Medicina Essica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 DI. VITO MEZZINA M.P. 15.561 DIRECTOA MEDICO Medicina Essica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 DIRECTOA MEDICO Mospital Manifola R. Santamarinas M. Santamarina	ITPO de la Discapacidad Visceral Visceral Viental	Wotora	THE THE PLANT OF THE PARTY OF T
Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 5 MOS NECESITA ACOMPAÑANTE DI. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Médico Especialista en Medicina Essica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 DI. VITO MEZZINA M.P. 15.561 DIRECTOA MEDICO Medicina Essica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 DIRECTOA MEDICO Mospital Manifola R. Santamarinas M. Santamarina	PRONÓSTICO de la Discapacidad [为] (Indique la Opción según B	aremo CIDDM 1)	A STATE OF THE SERVICE OF THE SERVIC
Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Ano 2 Anos 3 Anos 5 Anos 10 Ano	La institución de CURATELA se considera Necesaria	Innecesaria	E 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18
Dr. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Medicina Essica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 Dr. VITO MEZZINA M.P. 15.561 DIRECTO MEDICO Hospital Municipal R. Santimarinas Directora Asociada Hospital Municipal "R. Santiam	Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años	3 Años	5 nost Will Ar
Dr. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Medicina Efsica y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.050 Dr. VITO MEZZINA M.P. 15.561 DIRECTO MEDICO Hospital Manufola R. Santimarina Directora Asociada Hospital Municipal "R. Santam] 0700	ANDIL
Dit. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en/ Médico Especialista en/ Medicina Física y Rehabilitación M.P. 94.266 M.N. 104.050 M.P. 15.561 DIRECTO MEDICO Hospital Municipal R. Santimarina Directora Asociacla Hospital Municipal R. Santiam	NECESTIA ACOMPANANTE SI NO		
Médico Especialista en/ Medicina Física y Rehabilitación MP. 94.266 M.N. 104.950 Directora Asociada Hospital Municipal "R. Santam			
MP. 99.266 M.N. 104.950 Directora Asociada Hospital Municipal "R. Sanlam	Médico Especialista en	\ Ø	lic Adriana Cleme
	Medicina Esica y Rehabilitación	has to be a seed	Directora Asociada
Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Director de		and interpretation of the second	HUSPITAL MARINE TIL GARMAN
	Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Médico actuante Firma y	Sello del Médico actuante	Firma / Sello del Director de