

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ORIGINAL

Ref. Expediente N°

FECHA

DIA MES AÑO
30 07 10

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

REGION SANITARIA

VIII

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

SORANI HAZEL HORTENSIA

Documento de Identidad

Fecha de Nacimiento

Edad

Sexo

Estado Civil

Nacionalidad

14453733

DNI

02

01

61

49

F

D

A

NUMERO

TIPO

DIA

MES

AÑO

F/M

S/C/D/V

A/E

Domicilio actual - Calle

MADARIAGA

Numero

Piso

Dpto.

Partido

2302

-

-

GRAL. PUEYRREDON

Localidad

Código Postal

MAR DEL PLATA

7600

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

155500707

DIAGNÓSTICO

Indique Código
según CIE 10

ETIOLOGÍA

9811

DEFICIENCIA

(Indique el Código según Baremo CIDD M 1)

374

DISCAPACIDAD

(Indique el Código según Baremo CIDD M 1)

Fecha de inicio (de la discapacidad)

449

550

661

MINUSVALIA

(Indique el Código según Baremo CIDD M 1)

335

448

553

GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad ☒ (Indique la Opción según Baremo CIDD M 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 ☒ (Indique la Opción según Baremo CIDD M 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. NESTOR DURRUTY
Prog. Pcia. de Rehabilitación
Región Sanitaria VIII

Dr. PABLO BENTANCUR
Prog. Pcia. de Rehabilitación
Región Sanitaria VIII

Dr. GUSTAVO RODRÍGUEZ

Dr. GUSTAVO RODRÍGUEZ
DIRECTOR EJECUTIVO
RS VIII - DFO. 596/08

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