FORMULARIO 1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ref. Expediente N° Fecha: 19-09-08
La Junta Médica Descentralizada de (lugar) TAUDI HONDI JAMOS SAMO MARINA ZOVO SANITAS VIII
constituída por Ley 10.592, dictamina que el Sr/a. ORTIZ, JUD OTAR
D.N.I. 35. 774.858 Fecha de nacimiento 7-7-91 Edad 16
Estado civil Sol reno Nacionalidad ARGESTISA.
Domicilio actual CHACO 488. (TAVail).
presenta:
A) DAÑO: (1) Etiología y Diagnósticos: 2 TO ASTORN PSTOPINO.
- Deficiencia (Daño): 13-17) 2/21-25-26-27 28-28). 3/32-34/.
B) DISCAPACIDAD: (1) 1(10 à 18) 6(40) 7/20).
2/23/2/201 4/44/.5/5.4/.6/6.2/.
C) DESVENTAJA: Minusvájida: (1) / (1.4) 2/2.3) -3/3.0) 4/4.4) .5/5.4) .6/6.21.
D) Grado de discapacidad o porcentaje del daño: (2) y (3)
E) PARCIAL TOTAL TRANSLIPORIA PERMANENTE (4)
F) La discapacidad es de tipo VISCERAL, MENTAL, MOTORA, AUDITIVA, VISUAL (5)
G) Pronóstico y posibilidades de Rehabilitación: (6) DIS MARIGORD ESTABLE.
H) La institución de CURATELA (7) se considera: Necesaria - Innecesaria.
I) Plazo de validez del certificado: (8)
Firma y aclaración: (9)
DI CARLOS A. PERALTA Medico dispecialista en Medico dispecialista en MIS 94.266 M Rehabilitari
Medicine del Trabala Medicine del Trabala Minicipio de Tandil M. F. 80 829 Director del Hospital