



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ORIGINAL

Ref. Expediente N°

FECHA

DIA MES AÑO
23 02 10

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

TANAL Hosp. Ramón Santamarina

UAI

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

WALTERS ELIO ALBERTO

Documento de Identidad

Fecha de Nacimiento

Edad

Sexo

Estado Civil

Nacionalidad

5376842

LC

07

10

40

68

M

C

A

NUMERO

TIPO

DIA

MES

AÑO

F/M

S/C/D/N

A/E

Domicilio actual - Calle

LAVALLE

Número

Piso

Dpto.

Partido

856

-

-

TANAL

Localidad

Código Postal

TANAL

3000

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

02243420860

DIAGNÓSTICO

Indique Código
según CIE 10

ETIOLOGÍA

T844

DEFICIENCIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

7.74

:

.

.

.

.

.

.

.

DISCAPACIDAD

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

Fecha de inicio (de la discapacidad)

..... / /

4 40.46

7.20

7.71

.

.

.

.

.

.

MINUSVALIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

1.0

2.1

3.1

4.4

5.0

6.7

.

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 4 (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 ☒

¿Tiene dificultad para el acceso y/o traslado en servicios públicos de transporte?

SI ☒

NO ☐

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

Dr. JORGE de CASTRO
M.P. 81.678
Sub Jefe Servicio de Emergencias Médicas
Hospital Municipal "Dr. Santamarina"

SANDRA FRAIFER
MEDICINA FAMILIAR
M.P. 91202



Dr. VITO MEZZINA
M.P. 15.561
DIRECTOR MEDICO
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