



**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Ref. Expediente N°

FECHA

ORIGINAL  
DIA MES AÑO  
**15 / 12 / 09**

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

**TAMON Hospital Ramon Santamarina**

**VIII**

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

**DE ESTEBAN, Enrique LEONARDO**

Documento de Identidad

Fecha de Nacimiento

Edad

Sexo

Estado Civil

Nacionalidad

**1114367**

**DNI**

**10**

**07**

**70**

**54**

**M**

**C**

**A**

NUMERO

TIPO

DIA

MES

AÑO

F/M

S/C/D/V

A/E

Domicilio actual - Calle

**4 de Abril**

Número

Piso

Dpto.

Partido

**135**

**-**

**-**

**TAMON**

Localidad

**TAMON**

Código Postal

**7000**

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

**02293 425387**

**DIAGNÓSTICO**

Indique Código  
según CIE 10

**ETIOLOGÍA**

**I255**

DEFICIENCIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

**6.60**

**6.61**

**.**

**.**

**.**

**.**

**.**

**.**

**.**

DISCAPACIDAD

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

Fecha de inicio (de la discapacidad)

**10/12/09**

**4.40**

**4.41**

**4.42**

**4.43**

**4.44**

**2.70**

**2.71**

**.**

**.**

MINUSVALIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

**1.1**

**2.1**

**3.1**

**4.3**

**5.0**

**6.4**

**.**

GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad **8** (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 **8** (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. 15.861  
DIRECTOR MEDICO  
Hospital Municipal "R. Santamarina"

SANDRA FRAIFER  
MEDICINA FAMILIAR  
M.P. 94.266



A.S. ADRIANA CREMENTE  
DIRECTORA ASOCIADA  
Hospital Municipal "R. 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