FORMULARIO 1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ref. Expediente N° Fecha: 8-06-09 La Junta Médica Descentralizada de (lugar) 「ねいれ Hosp. しみいし シュトコル リント しゅっし リートント リート リートント リート リートント リート リートント リートント リート リート リート リート リートント リートント リート リートント リー
La Junta Médica Descentralizada de (Jugar) Traval Hosp. Lavou Satarou iva fons Salara Mil
constituída por Ley 10.592, dictamina que el Sr./a. CASTO JOSE LOS
D.N.I. 22 GF1 428 Fecha de nacimiento 14-4-72 Edad 36
D.N.I. 22 Fecha de nacimiento Fecha de nacimiento Edad
Estado civil Sotulo Nacionalidad Albertus
Domicilio actual 25 de Mayo 280 to22)
presenta: Esquitofrenz Pagado e-e.
A) DAÑO: (1) Etiología y Diagnósticos:
- Deficiencia (Daño): //17) 2/21-28)
B) DISCAPACIDAD: (1) / (10) (3) 5/50) (/60).7/20).
B) DISCAPACIDAD: (1) 1 (***)
C) DESVENTAJA: Minusválida: (1) ((12) 2(22) 3/30) 4/44). 5/5.3/6/6.6).
C) DESVENTAJA: Minusvalida: (1)
D) Grado de discapacidad o porcentaje del daño: (2) y (3)
E) PARCIAL TOTAL TRANSTORIA PERMANENTE (4)
F) La discapacidad es de tipo VISSERAL, MENTAL, MOTERA, AUDITEVA, VISUAL (5)
G) Propérties y regibilidades de Rehabilitación: (6)
G) Pronóstico y posibilidades de Rehabilitación: (6) Reguerdo-
H) La institución de CURATELA (7) se considera: Necesaria - Innecesaria.
10 3.5
1) Plazo de validez del certificado: (8)
MEZZINA
Firma yaclaración: (9)
DIRECTOR OF SALAM
Médico Especialista en
Médico Especialista en Medicina Fisica y Rehabilitación M.P. 94.266 M.N. 104.050
Director del Hospital
Director do riospital