## Salud Buenos Aires LA PROVINCIA

•			•		
	•		ı		
	-				
				i	
		a managana di Salah Aga	for a manager and and and	and Magazine	
•					•
Programa Provincial de Rehabilitare de	Ministerio de Salud	Buenos I	Aires Incia		mutario ur
	CERTIFICADO				1GINA
Del Cuestiante NO				DIA	MES A
Ref. Expediente N° La Junta Médica Descentralizada	de (lugar)			FECHA 15	/ 2 0 on Sanitar
TAUDI HOSPITSI RAMO		_ <del></del>			111
Constituida por Ley 10.592/87 - [	<del></del>	<del>,,</del>	ina que el Sr./a		
	Tuove -				<b>A.</b>
Documento de Identidad  23450 381 0	Fecha de N		Edad Sexo	Estado Civil	Nacional 4.
NUMERO	TIPO DIA ME	S ANO	F/M	S/C/D/V	A/E
Domicilio actual - Calle	•		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Número Piso Dpto.	Partido				,
J61	TAUSIL				
Localidad	ES CC	PHYFIE	LDELOR		ligo Posta
「Tルット」 Ofrece datos de interés (teléfono		<del>//&lt;-1</del>	124		9
02.293 1551275	·	1	BAIGOR	RIA .	
DIAG	NOSTICO	MONICA IV	Indique Codge A	ETIOLO	GÍA
F298		REAPASE	YFRANCUIL		
DEFICIENCIA (Indique	al Código según Baremo CID کیکا کا کا کا	ECRETARIA	DE TRANSPO	JAME .	<b>1</b>
DISCAPACIDAD (Indique	<u> </u>	L) [	Fecha de Inido (de la	diseason days.	115
I.13 I.19	el Código según Baremo CIDI	-1 - <del></del>	7.70	discapacidad) [	1
MINUSVALIA (Indique	el Còdigo según Baremo CIDI				J
1.1 2.1	3.0 4.4	5.4	6.5		
GRADO DE GRAVEDAD de la D	iscapacidad 3 (Indic	que la Opción se	gún Baremo CIDDI	M 1)	
ALCANCE de la Discapacidad	Parcial Trans.	Parcial Perm	Total 1		otal Perm
TIPO de la Discapacidad	Visceral	Mental 🗀	Motora	Auditiva	Visua
PRONÓSTICO de la Discapacid		$\overline{\Box}$			
La institución de CURATELA se		2 Años	Innecesaria	5 Años	10 Años
Plazo de la VALIDEZ del Certific  NECESITA ACOMPAÑANTE	sı 🔀	NO .	3 Anos L	2011	10 2110.
A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	J. 2	NO ()		ON CONTRACTOR	OF THE
Dr. CARLOS A. PERA	LTA			3 8 6	7
Dr//CARLOS A. TELO Médico Especialista Médicina Fisica y Rehabilit Médicina Fisica y Rehabilit	nción	<u></u>	Δ		
Médicina Fisica y Renadura M.P. 94,266 M.N. 104	2 MIGHT	EZZINA	//	THE PARTY AND THE PARTY	DA CALEME
	BE STOR	MEDICO Resantnmarina SA	NDR FAMILIAR	Hospital Munici	NE PERCIAI
<i>  </i> /	16000	· •	EDIV. 1202		
<i>x</i>					
Firma y Selio del Médico actuante F	irma y Sello dei Médico actuan	te Firma y Sello	del Médico actuante	Firma y Sello de Oil	rector del Ho
DIACE  DEFICIENCIA (Indique  2.22 2.21  DISCAPACIDAD (Indique  1.18 1.19  MINUSVALIA (Indique  1.1 2.1)  GRADO DE GRAVEDAD de la D  ALCANCE de la Discapacidad  TIPO de la Discapacidad  PRONÓSTICO de la DISCAPACIDA de la DISCAPACIDA de la DISCAPACID	irma y Sello del Médico actuan	te Firma y Sello	del Médico actuante	Firma y Seilo de Oil	rector del Ho