

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ORIGINAL

Ref. Expediente N°

FECHA

DIA MES AÑO
18 10 09

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

TANDIL HOSPITAL RANCO SANTAMARINA

III

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

BERTUZZI, SANTIAGO LUIS

Documento de Identidad

Fecha de Nacimiento

Edad

Sexo

Estado Civil

Nacionalidad

28669088

DVE

26 02 81

28

M

S

A

NUMERO

TIPO

DIA

MES

AÑO

F/M

S/C/D/V

A/E

Domicilio actual - Calle

MANOIR 278

Número

Piso

Dpto.

Partido

278

-

-

TANDIL

Localidad

Código Postal

TANDIL

7000

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

02293 424516

DIAGNÓSTICO

Indique Código
según CIE 10

ETIOLOGÍA

F200

DEFICIENCIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

1.17

1.18

2.21

DISCAPACIDAD

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

Fecha de inicio (de la discapacidad)

- 10 1000

1.10

1.13

1.17

1.18

5.50

6.60

7.70

MULTUSUALIA

(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)

1.1

2.1

3.0

4.4

5.5

6.4

GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad

2

(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

6

(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. 15.581 - M.N. 55.291
MEDICO JEFE DE SERVICIO
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA
Hospital Municipal "S. Santamarina"

SANDRA FRAIFER
MEDICINA FAMILIAR
M.P. 81202

A.S. ADRIANA CLEMENTE
DIRECTORA ASOCIADA
Hospital Municipal "S. 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