



ORIGINAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ref. Expediente N° FECHA DIA MES AÑO 23 07 11

La Junta Médica Descentralizada de (lugar)

Región Sanitaria

TANZI Hospital Carlos Salas

VIII

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

ITURRIA, OLGA Alicia.

Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad
4626839 DNE	26 05 43	68	F	C	A
NUMERO	DIA MES AÑO		F/M	S/C/D/V	A/E

Domicilio actual - Calle

12 DE OCTUBRE

Número	Piso	Dpto.	Partido
1436			

Localidad

TANZI

Código Posta

7000

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

441418

DIAGNÓSTICO	Indique Código según CIDDM	ETIOLOGÍA
V10.5		

DEFICIENCIA	(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)
665	274

DISCAPACIDAD	(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)	Fecha de Inicio (de la discapacidad)
440246	66.66 270 271	

MINUSVALIA	(Indique el Código según Baremo CIDDM 1)
1.0 2.2 3.2 4.2 5.0 6.4	

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 ☒ 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. 104.050Dr. VITO MEZZINA
M.P. 15.801
DIRECTOR MEDICO...Dra. Sandra Fraifer
Subsecretaría de Salud
Municipio de TandilLic. Adriana Clemente
Directora Asistencial
Hospital Municipal "R. San Martín"

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