

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FORMULARIO 1

Ref. Expediente N°: .....

Fecha: 30/4/07

La Junta Médica Descentralizada de (lugar): .....

Constituida por Ley 10.592, dictamina que el Sr./a.: .....

D.N.I.: 12 910 646

Fecha de Nacimiento: 17/9/56

Edad: 50

Estado Civil: Casado

Nacionalidad: Argentina

Domicilio Actual: Basílico 1638 Tandil

Presenta:

A) DAÑO: (1) Etiología y Diagnósticos

Deficiencia (Daño):  
B) DISCAPACIDAD: 6(61) 9(98)  
(1)

3(39) 4(43446) 5(50) 7(70)

C) DESVENTAJA: (Minúsvaia) (1)

3(3.3) 4(4.8) 7(7.3)

D) Grado de discapacidad o porcentaje de daño: (2) y (3)

PARCIAL - TOTAL - TRANSITORIA - PERMANENTE (4)

La discapacidad es de tipo VISCERAL, MENTAL, MOTORA, AUDITIVA, VISUAL (5)

Pronóstico y posibilidades de Rehabilitación: (6)

La institución de CURATELA (7) se considera: Necesaria - Innecesaria.

Plazo de validez del certificado (8): Perpetuo

Firma y Aclaración (9):

Dr. Rómulo Augusto Tamini

Dr. Jorge A. López  
Prog. Fed. de Rehabilitación  
REGION SANITARIA VIII

Dr. Mauricio C. De...  
DIRECTOR  
REGION SANITARIA VIII  
Director del Hospital

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FORMULARIO 2

Fecha: 30/4/7

La Junta Médica Descentralizada de (lugar): Región Sanitaria VII

Constituida por Ley 10.592, dictamina que el Sr./a.: Quintero Victor Omar

D.N.I.: 12910646 Fecha de Nacimiento: 17/9/56 Edad: 50

Estado Civil: Casado Nacionalidad: Argentino

Domicilio Actual: Basilio 1678 Tautal

Presenta una discapacidad / deficiencia médica VISCERAL, MENTAL, MOTORA, AUDITIVA, VISUAL PARCIAL o TOTAL, PERMANENTE o TRANSITORIA (tachar lo que no corresponda).

Se extiende el presente al interesado, en cumplimiento del Artículo 3° de la Ley 10.592

En la ciudad de M del Plata a los 30 días  
del mes de Abril de 2007 por el término  
de 6 meses y para la siguiente finalidad:

Acompañante: SI ☒ NO ( )

Firma y Aclaración:

Dr. Jorge A. López  
Prog. Psicol. de Rehabilitación  
REGION SANITARIA VII

Dr. Mauricio C. M...  
DIRECTOR  
REGION SANITARIA VII

Director del Hospital