CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

PLANILLA DE EVALUACIÓN CONDICION DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL - MENTAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres					
DNI/LE/LC					
1. DIAGNÓSTICOS – CIE - 10					
		NO SI CON APOYO Interacciones SOLO CON NO LO REALIZA ISPOSITIVO FRECUENCIA			
2 - INTERACCIONES y RELACIONES	INTERPERSONALES O VINCULARES	(marcar con un	a cruz)		
		NO	SI		
¿Establece vínculos con su entorno	familiar?				
¿Establece contacto con otros externos a la familia?					
¿Establece vínculos con pares?					
¿Puede establecer vínculos durader	os?				
¿Regula las emociones e impulsos, con otros?	verbales o físicas en las interacciones				
3 – CUIDADO DE SU PROPIA SALUE	(marcar con una cruz)				
		SOLO			
Concurre a Tratamiento					
Administración de la Medicación					
Realiza Actividades Deportivas/ Rec	reativas				
4 – PLAN TERAPEUTICO ACTUAL					
PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/DISPOSITIVO		FRECUENCIA		
PSICOFARMACOLÓGICO	MEDICACIÓN		DOSIS		
5 – ESCOLARIDAD (marcar con una cru	z)				



MÉDICO ESPECIALISTA



Dirección General de Redes y Programas de Salud Departamento de Rehabilitación

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD

MENTAL

HOJA 2/3

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

		OKIENTACIO	V DE LA DISCAPACIDAD	
DUCACION INICIAL	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA/ UNIVERSITA	RIA
ADAPTACION CURRICULAR	PROYECTO DE INTEGRACION	ESCUELA ESPEC		
		LISCOLLA ESI LE	AL I OMNIACIOI	VEADORAL
6 - LABORAL	E Y ESCRIBE (SI/NO)			
Т			·	
Trabajo en relación de	Trabajo	Emprendim sociale	sc la	lleres
dependencia	autónomo	product	vos proteg	idos
Otros	No trabaja			
	COS Y PSICOLÓGICOS NECE CI, Evaluación Neurocogniti			
	STORIA CLÍNICA COMPLETA			
(Antecedentes, tier	mpo de evolución, estado ao	ctual, tratamientos, int	ernaciones, pronostico, e	etc.)
		/ /		
		FECHA		
FIRMA Y MATR	RICULA PROFESIONAL	FIF	MA Y MATRICULA PROF	ESIONAL