Anexo IV: Planillas de evaluación

Ministerio de Salud

Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos,
Subsecretaria de Gestión de Servicios Asistenciales.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

REQUISITOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD 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 del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres	
DNI	

MENTAL

1 – DIAGNOSTICO CIE 10

DSM IV - EVALUACION MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

Peligrosidad para si o para terceros: SI NO

Es Golpeador: SI NO

3 - TRATAMIENTO QUE RECIBE:

PSICOFARMACOLOGICO	PSICOTERAPEUTICO	REHABILITATORIO

4 – SOCIAL

Comportamiento con sus pares	Bueno		Regular		Malo	
Comportamiento c/ las personas que lo asisten	Bueno		Regular		Malo	

5 – ESCOLARIDAD

Primaria		Secundaria			Otros Estudios		Escuela especial	
Lee y Escribe		Si		No		Parcial		

6 – LABORAL

Talleres Protegidos		Trabajo Independiente		Trabajo Recreativo		Tareas Simples	

7 - ESTUDIOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO. (Determinación, CI, Evaluación Neurocognitiva, neuro-imágenes, etc.)

8 - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, pronóstico, etc.)

...../...../.....
Fecha

.....
Firma y sello del Médico actuante