**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**PLANILLA DE EVALUACIÓN**

**CONDICIÓN DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELECTUAL-**

**MENTAL**

Este certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora de Discapacidad podrá pedir información

ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombres** |  |
| **DNI** |  |

**1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **Con apoyo** |
| ¿Establece vínculos con su entorno familiar? |  |  |  |
| ¿Establece contacto con otros externos a la familia? |  |  |  |
| ¿Establece vínculos con pares? |  |  |  |
| ¿Puede establecer vínculos duraderos? |  |  |  |
| ¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas en las  interacciones con otros? |  |  |  |

**3. CUIDADO DE LA PROPIA SALUD**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Solo** | **Con apoyo** | **No lo realiza** |
| Concurre a tratamiento |  |  |  |
| Administración de la medicación |  |  |  |
| Realiza actividades deportivas/  recreativas |  |  |  |

**4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PSICOTERAPÉUTICO** | **MODALIDAD/ DISPOSITIVO** | **FRECUENCIA** |
|  |  |  |
| **PSICOFARMACOLÓGICO** | **MEDICACIÓN** | **DOSIS** |
|  |  |  |

**5. ESCOLARIDAD**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Educación  Inicial |  | Primaria |  | Secundaria |  | Terciaria/  Universitario |  |
| Adaptación  Curricular |  | Proyecto de  integración |  | Escuela  Especial |  | Formación laboral |  |
| Lee y Escribe |  | sí |  | no |  |  |  |

**6. LABORAL**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trabajo en  relación de dependencia |  | Trabajo  autónomo |  | Emprendimientos  sociales y productivos |  | Talleres protegidos |  |
| Otros |  | No trabaja |  |  | | | |

**7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS NECESARIOS PARA ELABORAR**

**EL DIAGNÓSTICO.**  (Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva, MMPI-2, neuroimágenes, etc.)

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………

**8. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.** (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones, pronóstico, etc.)

…………………………………………………………………………………......................………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

……………………………………………

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario Médico

**Fecha: .........../…………/……….**