

INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa, firmado, con sello y fecha (de los últimos 12 meses).

La Junta Evaluadora podrá solicitar información ampliatoria en caso de requerirlo.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

1. DIAGNÓSTICOS CIE-10:

.....
.....
.....
.....
.....

2. AÑO DE COMIENZO DE LA PATOLOGÍA:

3. TRATAMIENTOS REALIZADOS (médicos, quirúrgicos y de rehabilitación)

4. ALTERACIÓN EN LAS FUNCIONES CARDIO-RESPIRATORIAS:

NO / SI (especificar)

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

5. SECUELAS FUNCIONALES. Describir patrón de marcha, uso de asistencias, ortesis, prótesis y/o ayudas técnicas.

.....
.....
.....
.....
.....

6. EN CASO DE ESCOLIOSIS: MEDICIÓN DE ÁNGULO DE COBB Y DEL ÍNDICE DE MOE Y NASH:

.....
.....
.....
.....
.....

7. ADJUNTAR RADIOGRAFÍA, RMN O TAC CON INFORME DE LAS ZONAS AFECTADA

FECHA:/...../.....

.....

Firma y sello del médico tratante.

- Presentar copia del DNI del beneficiario.
- Para menores de 16 años agregar copia del DNI del padre, madre, tutor o curador designado judicialmente.
- Si tiene Obra Social, copia del carnet.