

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

## **PLANILLA DE EVALUACIÓN CONDICIÓN DE SALUD: DISCAPACIDAD CON DEFICIENCIA INTELLECTUAL-MENTAL**

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

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

Si realiza tratamiento psicológico/psicopedagógico, adjuntar informe con diagnóstico Cie-10 y descripción del cuadro actual.

Niños/as y jóvenes en edad escolar adjuntar informe escolar (lectoescritura, operatoria, conducta, si presenta de integración escolar y/o adaptación curricular).

**Apellido y Nombre:**

**D.N.I.:**

### **1. DIAGNÓSTICO Códigos CIE-10**

.....

.....

.....

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

	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?			

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

### 3. CUIDADO DE LA PROPIA SALUD

	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

<b>Educación Inicial</b>	Primaria	Secundaria	Terciaria/ Universitari o
<b>Adaptación Curricular</b>	Proyecto de integración	Escuela Especial	Formación laboral
<b>Lee y Escribe</b>	Sí	No	

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

**6. LABORAL**

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, neuroimagenes, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha:...../...../.....

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO del Médico

- Presentar copia del DNI del beneficiario.
- Mayores de 16 años acompañados por su curador o responsable legal, adjuntar copia del DNI, curatela o apoyo asignado judicialmente (si posee).
- Menores de 16 años deben ser acompañados por padre, madre, tutor o guardador asignado judicialmente, y agregar copia de su DNI, curatela o apoyo asignado judicialmente.
- Si tiene Obra Social, copia del carnet.