

INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL

Deberá ser completada por el médico tratante con letra clara y en forma completa. La misma tiene carácter de declaración jurada.

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

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

1. DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:

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)

5. TIPO DE MARCHA:

6. TROFISMO MUSCULAR:

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

**8. ADJUNTAR RADIOGRAFÍA, RMN O TAC CON INFORME DE
LAS ZONAS AFECTADAS**

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

.....

Firma y sello del médico tratante.