

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE
Es importante cumplir con todos los requisitos a
fines de evitar demoras e impugnaciones.

PLANILLA DE EVALUACIÓN

CONDICIÓN DE SALUD: EPILEPSIA

Este certificado deberá ser completado por médico tratante 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 Nombre | |
| DNI | |

1 - Enfermedad de base (si la hubiera)

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

2 - Especificar tipo de crisis:

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

3 - Tiempo de evolución de las crisis

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

4 - Frecuencia de las crisis:

Diaria: Semanales: Mensuales: Otras (especificar).....

5- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

| ESQUEMA DE TTO N° 1 | ESQUEMA DE TTT N° 2 | ESQUEMA DE TTT N° 3 |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | |

6- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual).

| ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL |
|----------------------------|
| |

7- Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico.

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

8- Adjuntar diagnóstico según CIE 10 de trastornos mentales y del comportamiento asociadas si los hubiera.

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

9- Resumen de Historia Clínica completo. (Antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)

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

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

.....
Firma y sello del médico actuante.