



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

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.