

PLANILLA DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y/O MENTAL

Deberá ser completada por médico especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir informe ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

| | |
|--------------------------|--|
| Apellido y Nombre | |
| DNI | |

1- **DIAGNÓSTICOS (Códigos CIE 10):**.....

2- **INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES (Marcar con una cruz)**

| | SI | NO | C/APOYO |
|--|----|----|---------|
| ¿Establece vínculos con su entorno familiar? | | | |
| ¿Establece contacto con otros externos a la familia? | | | |
| ¿Establece vínculo con pares? | | | |
| ¿Puede establecer vínculos duraderos? | | | |
| ¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas en las interacciones con otros? | | | |

3- **CUIDADO DE LA PROPIA SALUD (Marcar con una cruz)**

| | SOLO | C/APOYO | NO LO REALIZA |
|--|------|---------|---------------|
| Concurre a tratamiento | | | |
| Administración de medicación | | | |
| Realiza actividades deportivas/recreativas | | | |

4 - **PLAN TERAPEUTICO ACTUAL**

| PSICOTERAPÉUTICO | MODALIDAD/DISPOSITIVO | FRECUENCIA |
|--------------------|-----------------------|------------|
| | | |
| PSICOFARMACOLOGICO | MEDICACIÓN | DOSIS |
| | | |

5- **ESCOLARIDAD** (Marcar con una cruz)

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|-------------------------|--|
| Educación inicial | | Primaria | | Secundaria | | Terciaria/Universitaria | |
| Adaptación curricular | | Proyecto de integración | | Escuela Especial | | Formación laboral | |
| ¿Lee y escribe? | | SI | | NO | | | |

6- **LABORAL** (Marcar con una cruz)

| | | | | | |
|------------------------------------|--|------------------|--|--|--|
| 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, Neuroimágenes, etc.)

.....

.....

.....

.....

8- **RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:** (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones, pronóstico, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y sello (Equipo Interdisciplinario)

.....
Firma y sello Médico Tratante

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