**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**Este certificado deberá ser completado por médico especialista con letra clara y en forma completa.** El mismo tiene carácter de declaración jurada.

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

| | |
|---|---|
| **APELLIDO Y NOMBRE** | |
| **DNI** | |

**1- Diagnóstico principal y gravedad (clase funcional en caso que corresponda): .....**

.....

**2- Diagnóstico Secundario: .....**

.....

**3- Año de comienzo de la patología, antecedentes y tiempo de evolución: .....**

**.....**

.....

**4- Tratamientos Realizados (médicos y quirúrgicos): .....**

.....

.....

**5- Tratamientos farmacológicos y/o rehabilitación (Detallar los esquemas de tratamiento farmacológicos recibidos con fechas): .....**

.....

.....

**6- Estado actual y *SECUELAS* detalladas: todo lo que le afecta a la persona en particular - *NO LA DEFINICION DEL DIAGNOSTICO* - en actividad y participación de la vida diaria: .....**

**.....**

**.....**

**.....**

**.....**

**.....**

**7- ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE RESPALDEN LOS DIAGNOSTICOS: ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG).**

FECHA: ……/……/……

.....

Firma y sello del médico actuante

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

## REQUISITOS PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS.

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.
La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

| | |
|---|---|
| **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:**
**☐ Diarias ☐ 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 Tto N 2 | ESQUEMA DE Tto 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 DSM IV de patologías psiquiátricas asociadas si las hubiera**……
……
……
……
……

**9- Resumen de Historia Clínica completo. (antecedentes, estado actual, pronóstico etc)**
……
……
……
……
……
……
……
……

……
**Firma y sello del médico actuante.**

**Fecha: ……/……../……..**