

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.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Apellido y Nombre</b> |  |
| <b>DNI</b>               |  |

**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.**

.....

.....

.....

.....

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

**Firma y sello del médico actuante.**

**Por más información - contactos.**  
**Telf. 388-4245500 - int. 5805 - Cel. 388 - 4040541**