

DOCUMENTACIÓN A CUMPLIMENTAR PARA ACREDITAR DISCAPACIDAD MENTAL

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI – LC - LE:	

1- CERTIFICADO DEL MÉDICO TRATANTE F44

- Diagnóstico CIE 10:
.....
- Tiempo de Evolución:.....
- Resumen de historia clínica(detallado y letra legible).....
.....
.....

INTERNACIONES ACTUALES / ANTERIORES (detallar años, motivo, duración, medicación y consecuencias de la afección en el desenvolvimiento de las actividades de la vida cotidiana)

.....
.....

Descripción clínica actual del cuadro o situación(tratamientos, medicación y consecuencias de la afección en el desenvolvimiento de las actividades de la vida cotidiana)

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

INFORME PSICOLÓGICO F45 (con descripción clínica del cuadro o situación, antecedentes, tratamientos, estado actual)

En caso de retraso mental determine compromiso intelectual.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL