

REQUISITOS PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES 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 podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DNI – LC - LE: _____

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. Nº 1	ESQUEMA DE Tto. Nº 2	ESQUEMA DE Tto. Nº 3

6- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento).

Esquema terapéutico 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, pronósticos, etc)

.....

.....

.....

.....
Lugar y Fecha

.....
FIRMA Y SELLO MEDICO ACTUANTE

