

PLANILLA DE EVALUACION CONDICION DE SALUD: EPILEPSIA

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.

Apellido y Nombre	
D.N.I	

1. Enfermedad de base (si la hubiera)

.....
.....
.....

2. Especificar tipo de crisis

.....
.....
.....

3. Tiempo de evolución de la crisis

.....
.....
.....

4. Frecuencia de la 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 TTTN°2	ESQUEMA DE TTTN°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 diagnostico según CIE-10 de trastornos mentales y del comportamiento asociadas si los hubiera.

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....

Firma y Sello del médico actuante