



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

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

SOLICITUD DE EVALUACIÓN

CONDICIÓN DE SALUD: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Este Certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa, el mismo tiene carácter de Declaración Jurada.
La Junta Evaluadora de Personas podrá solicitar información ampliatoria.

Apellido y Nombres	
DNI	

1. DIAGNÓSTICOS

- CIE-10

- DSM IV EVALUACIÓN MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES
(MARCAR CON UNA CRUZ)

	SI	NO	Con apoyo
¿Establece vínculos con su entorno familiar?			
¿Establece contacto con otros externos a la familia?			
¿Establece vínculos con pares?			
¿Puede establecer vínculos duraderos?			
¿Regula las emociones e impulsos, verbales o físicas en las interacciones con otros?			



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

3. CUIDADO DE LA PROPIA SALUD

(MARCAR CON UNA CRUZ)

	Solo	Con apoyo	No lo realiza
Concurre a tratamiento			
Administración de la medicación			
Realiza actividades deportivas/ recreativas			

4. PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

PSICOTERAPÉUTICO	MODALIDAD/DISPOSITIVO	FRECUENCIA
PSICOFARMACOLÓGICO	MEDICACIÓN	DOSIS

5. ESCOLARIDAD

(MARCAR CON UNA CRUZ)

Primaria		Secundaria		Terciaria		Escuela Especial	
Formación laboral		Proyecto de integración		Adaptación Curricular		Lee y escribe	SI
							NO

6. LABORAL

(MARCAR CON UNA CRUZ)

Trabajo en relación de dependencia		Trabajo autónomo		Emprendimientos sociales productivos		Talleres protegidos	
Otros		No trabaja					



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

7. ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO. (Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva, MMPI-2, neuroimágenes, etc.)

8. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones, pronóstico, etc.)

.....

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario
de Salud Mental

.....

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Médico Especialista

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