

ANEXO I

PROTOCOLO DE EVALUACION Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

EXPEDIDO POR:									
<i>Junta Evaluadora:</i>							<i>Código de Junta:</i>		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:									
T / P o	DNI	L.E.	L.C.	C.I.	PAS.	<i>Número:</i>			
<i>Policia:</i>		<i>País:</i>							
1. CONDICIÓN DE SALUD (Secuela y etiología)									
								<i>Código CIE-10</i>	

Fuente de Verificación		<i>Marcar con una cruz lo que corresponda</i>	
Cert. Médico <input type="checkbox"/>	Resumen H. Clínica <input type="checkbox"/>	Est. Complementarios <input type="checkbox"/>	Informes <input type="checkbox"/>

2. FECHA DE INICIACION DEL DAÑO				
Mes (mm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Año (aaaa)	<input type="text"/>

3. EQUIPAMIENTO				
Silla de ruedas <input type="checkbox"/>	Ortesis <input type="checkbox"/>	Andadores <input type="checkbox"/>	Prótesis <input type="checkbox"/>	
Bastones <input type="checkbox"/>	Ayudas Opticas <input type="checkbox"/>	Audifono <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

4. EDUCACIÓN								
Marcar con X lo que corresponda		Niveles Educativos	Completo	Incompleto		Adaptación Curricular	Con Integración	Escuela Especial
				Concurre	Concurrió			
Alfabetizado	Si <input type="checkbox"/>	Inicial						
Analfabeto	Si <input type="checkbox"/>	Primaria						
Analfabeto Instrumental	Si <input type="checkbox"/>	Secundaria						
No aplicable	Si <input type="checkbox"/>	Superior Terciaria						
		Superior Universitaria						
<i>Completar con: A - Educación antes del daño, D - Educación después del daño, AD - Educación antes y después del daño</i>				<i>Completar con: CRUZ</i>				

5. ASPECTO HABITACIONAL				
Vive solo <input type="checkbox"/> Vive acompañado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Situación de Calle <input type="checkbox"/>	VIVIENDA		ACCESIBILIDAD	
	Con infraestructura básica (Servicios)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad de cuartos de la vivienda	Medios de Transporte
	Vivienda adaptada a la situación de la persona con discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Menos de 300 metros <input type="checkbox"/> Mas de 300 metros <input type="checkbox"/>
				Estado de calles
				Pavimento <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/>

6. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR				
VINCULO	Hijo <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Herrano <input type="checkbox"/>	Otros Familiares <input type="checkbox"/>
	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuelos <input type="checkbox"/>	Otros no Familiares <input type="checkbox"/>

7.1 FUNCIONES CORPORALES

	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C
Funciones mentales (b110 a b199)	b1					•	b1				•		b1				•
Funciones sensoriales y olfato (b210 a b299)	b2					•	b2				•		b2				•
Funciones de la voz y el habla (b310 a b399)	b3					•	b3				•		b3				•
Funciones de los sistemas cardiovascular, Hemat. Inmunol. y respiratorio (b410 a b499)	b4					•	b4				•		b4				•
Funciones de los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (b510 a b599)	b5					•	b5				•		b5				•
Funciones genitourinarias reproductivas (b610 a b699)	b6					•	b6				•		b6				•
Funciones neuro-musculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710 a b799)	b7					•	b7				•		b7				•
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b810 a b899)	b8					•	b8				•		b8				•

7.2 ESTRUCTURAS CORPORALES

	N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C
Estructura del sistema nervioso (s110 a s199)	s1							•	s1				•				s1				•		
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210 a s299)	s2							•	s2				•				s2				•		
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310 a s399)	s3							•	s3				•				s3				•		
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio (s410 a s499)	s4							•	s4				•				s4				•		
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (s510 a s599)	s5							•	s5				•				s5				•		
Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor (s610 a s699)	s6							•	s6				•				s6				•		
Estructuras relacionadas con el movimiento (s710 a s799)	s7							•	s7				•				s7				•		
Piel y estructuras relacionadas (s810 a s899)	s8							•	s8				•				s8				•		

8. ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN

	N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d199)	d1						•	d1				•			d1				•		
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2						•	d2				•			d2				•		
Comunicación (d310 a d399)	d3						•	d3				•			d3				•		
Movilidad, locomoción, disposición del cuerpo, destreza (d410 a d499)	d4						•	d4				•			d4				•		
Autocuidado (d510 a d599)	d5						•	d5				•			d5				•		
Vida doméstica (d610 a d699)	d6						•	d6				•			d6				•		
Interacciones y demandas interpersonales (d710 a d799)	d7						•	d7				•			d7				•		
Áreas principales de la vida diaria (d810 a d899)	d8						•	d8				•			d8				•		
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9						•	d9				•			d9				•		

9. FACTORES AMBIENTALES																	
	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1						e1						e1				
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2						e2						e2				
Apoyo y relaciones (e310 a e399)	e3						e3						e3				
Actitudes (e410 a e499)	e4						e4						e4				
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5						e5						e5				

10. TIPO DE DISCAPACIDAD									
Física Motora	<input type="checkbox"/>	Física Visceral	<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>	Intelectual	<input type="checkbox"/>		
Sensorial Auditiva	<input type="checkbox"/>	Sensorial Visual	<input type="checkbox"/>						

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

12. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL (LEY 24.901)									
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO	<input type="checkbox"/>	HOGAR	<input type="checkbox"/>				
PRESTACIONES EDUCATIVAS (INICIAL/EG8)	<input type="checkbox"/>	CENTRO DE DÍA	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>				
FORMACIÓN/APRESTAMIENTO LABORAL Y/O PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/>	PEQUEÑO HOGAR	<input type="checkbox"/>				
SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	CENTRO DE REHABILITACIÓN PERS. DISCAPACIDAD VISUAL	<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA DOMICILIARIA	<input type="checkbox"/>				
				TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>				

13. ACOMPAÑANTE
La franquicia es extensiva a un acompañante (art. 22 inciso a, Ley 22.431) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

14. VALIDEZ DEL CERTIFICADO

Este documento tiene validez por un período de

<i>Año</i>	<i>Mes</i>

luego del cual el interesado debe ser reevaluado

15. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

--

Ciudad

--	--	--	--	--

*Día**Mes**Año***PROFESIONAL****PROFESIONAL****PROFESIONAL***Firma y sello**Firma y sello**Firma y sello*