



## PLANILLA PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>APELLIDO Y NOMBRES</b> |  |
| <b>DNI</b>                |  |

|   |
|---|
| <b>1 - ENFERMEDAD DE BASE (si la hubiera)</b> |
|   |
|   |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>2 - ESPECIFICAR TIPO DE CRISIS</b> |
|                                       |
|                                       |

|  |
|--|
| <b>3 - TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS</b> |
|  |
|  |

|                                     |                |                          |                  |                          |                  |                          |                            |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|
| <b>4 - FRECUENCIA DE LAS CRISIS</b> |                |                          |                  |                          |                  |                          |                            |
| <input type="checkbox"/>            | <b>DIARIAS</b> | <input type="checkbox"/> | <b>SEMANALES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>MENSUALES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>OTROS (especificar)</b> |
| <b>OTROS (especificar):</b>         |                |                          |                  |                          |                  |                          |                            |

|   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <b>5 - TRATAMIENTOS RECIBIDOS</b>   |                           |                           |
| Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos |                           |                           |
| <b>ESQUEMA DE Tto.N 1</b>   | <b>ESQUEMA DE Tto.N 2</b> | <b>ESQUEMA DE Tto.N 3</b> |
|   |                           |                           |



**6 – TRATAMIENTO ACTUAL**

Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración del tratamiento actual

**ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL**

**6 - ADJUNTAR INFORME DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA ABORDAR AL DIAGNÓSTICO**

**7 - ADJUNTAR DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM IV DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS SI LAS HUBIERA**

**8 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO (antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)**

..... / ..... / .....

FECHA

-----

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE