



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.

Nombre y apellido: **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?			

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					

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.)

FECHA

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

.....
FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario de Salud Mental

.....
FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Médico Especialista