



Este certificado deberá ser completado por especialista con letra clara. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La junta evaluadora de personas con discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

NOMBRE Y APELLIDO:	DNI:
FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....	EDAD:
ANTECEDENTES	
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	
PRUEBAS ADMINISTRADAS	

Los puntos 1 a 3 deberán ser completados en forma obligatoria.

1- DSM IV – EVALUACIÓN MULTIAXIAL:.....
.....
.....
.....

2- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:.....
.....
.....
.....

3- PLAN DE TRATAMIENTO:
.....
.....
.....

Si Ud. ha realizado alguno de estos estudios, el profesional deberá completarlos en su lugar correspondiente.

En caso de poseer otros estudios complementarios relacionados con dicha patología, adjuntarlos.

ADI-R (ENTREVISTA DIAGNÓSTICA DE AUTISMO REVISADA):.....
.....
.....
.....



ADOS-G (ENTREVISTA DIAGNÓSTICA DE AUTISMO REVISADA):.....

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

HBS (ESCALA DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS, COMPORTAMIENTOS Y DISCAPACIDADES WING Y COLABORADORES):

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

VABS (ESCALA DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS DE VINELAND-SPARROW Y COLAB)

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

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

.....

Firma y sello del especialista