SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

………………………………………………………………………………………………………...……

….

DNI…………………………….. VIGENTE….. NO VIGENTE……

¿ESTA ACREDITADO AL HOSPITAL? SI….. NO……

¿CUENTA CON EVALUACIONES EN HOSPITAL? SI….. NO……

COLOCAR NOMBRE DE PATOLOGÍA O DIAGNÓSTICO POR EL CUAL SOLICITA EVALUACIÓN PARA CERTIFICADO:

………………………………………………………………………………………………………………

DATOS DE DISCAPACIDAD:

Física ( )…………………………………………………………………………………………………….. Intelectual o transt. desarrollo ( )……………………………………………………………………… Oftálmica ( )………………………………………………………………………………………………. Auditiva ( )………………………………………………………………………………………………… Enfermedad mental o psiquiátrica ( )……………………………………………............................

¿EL DIAGNOSTICO FUE REALIZADO EN HOSPITAL? SI….. NO…..

¿CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ANTIGUO?

SI…… NO…… (Adjuntar copia de certificado en caso su respuesta sea “SI”)

* SI LA RESPUESTA SEA NEGATIVA DEBERA ADJUNTAR DOCUMENTOS DONDE ACREDITE DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD Y/O INFORME CON TENOR DE DISCAPACIDAD

CORREO ELECTRÓNICO:

….…………………………………………………………………………………………………………… NÚMERO TELEFÓNICO………………………….

**EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE EDAD:**

NOMBRE DE LA MADRE O PADRE:

……………………………………………………………………………………………………………….

DNI………………………………………

(Adjuntar copia de DNI)

* EN CASO SEA ADULTO CON DISCAPACIDAD SE DEBERÁ ADJUNTAR DOCUMENTO LEGAL DE TUTORIA O TUTOR