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

Asimismo; autorizo al Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin de la Fuente que la entrega de mi información se realice por correo electrónico.

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



|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**  **Requisitos, plazo de atención y entrega** | |
| **Tipo de solicitante** | **Documentos requeridos** |
| Paciente | 1. Solicitud |
| 2. Copia de DNI |
| 3. Certificado de discapacidad anterior en caso de solicitar la renovación. |
| 4. Estudios previos de poseerlos. |
| Familiar de paciente | 1. Solicitud |
| 2. Copia de DNI de paciente |
| 3. Copia de DNI de familiar |
| 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) |
| 5. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada. |
| **Plazo de atención** | Dependerá de las agendas disponibles en el Hospital |
| **Tipo de entrega** | La respuesta al requerimiento se hará de manera física en la mesa de partes del Hospital Kaelin. |