

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 vínculo 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.