



**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**  
Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados  
a fines de evitar demoras e impugnaciones

**ANEXO IV**

**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.

<b>Apellido y Nombres</b>	
<b>DNI</b>	

**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?			



## Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
Servicio Nacional de Rehabilitación

### 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					



*Ministerio de Salud*

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales  
**Servicio Nacional de Rehabilitación**

**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.)

---

---

---

---

---

---

.....

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Equipo interdisciplinario  
de Salud Mental

.....

FIRMA Y MATRÍCULA PROFESIONAL

Médico Especialista

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