

PLANILLA DE EVALUACION DE PERSONAS CON PATOLOGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL

Deberá ser completada por el médico especialista en Traumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Diagnóstico principal

.....

2- Diagnóstico secundario

.....

3- Año de comienzo de la patología:.....

4- Tratamientos realizados (médicos y quirúrgicos)

.....

5- Tratamiento rehabilitador aplicado (indicar fecha de comienzo)

.....

6- Alteración en las funciones cardio-respiratorias

.....

7- Tipo de marcha

.....

8- Tropicismo muscular

.....

9- En caso de escoliosis: medición de ángulo de COBB y del índice de MOE y NASH

.....

.....

Estudios e informes.

Todos los estudios deben ser presentados en original y fotocopia al momento de ser evaluada la persona.

1- Adjuntar Radiografía de las zonas afectadas con INFORME

2- Adjuntar RMN con INFORME

3- Adjuntar TAC con INFORME

4- Adjuntar EMG con INFORME

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

.....
Firma y sello del médico actuante.

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Deberá ser completada por el médico especialista en Reumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADOS DE LÁTEX Y Anti CCP	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO	

FECHA:/...../.....

.....
Firma y sello del médico actuante.

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON MIASTENIA GRAVIS

Deberá ser completada por el médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Clasificación de la Miastenia Gravis según escala Osserman:.....

2-Tiempo de evolución de la Miastenia Gravis.....

3- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

Esquema de Tto Nº 1	Esquema de Tto Nº 2	Esquema de Tto Nº 3

4- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

Esquema terapéutico actual

5-Adjuntar informes de los estudios realizados para abordar al diagnóstico (los que posea):

-Pruebas Farmacológicas.....

-ACRA:

-Anti MUSK:.....

-Estimulación Repetitiva:.....

-Fibra única:.....

-Otros:.....

.....

6-Resumen de historia clínica completo (antecedentes, estado actual, pronóstico, respuesta a los tratamientos instaurados etc):

.....

.....

.....

.....

FECHA: / /

.....

Firma y sello del médico actuante

**PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS
CON ESCLEROSIS MULTIPLE**

Deberá ser completada por el médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Tipo de Esclerosis múltiple.....

2- Tiempo de evolución de la enfermedad.....

3- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

.....

.....

.....

.....

4- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis utilizadas)

.....

.....

.....

.....

5- Grado de discapacidad según EDSS

6-Adjuntar informes de los estudios realizados para abordar al diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

7-Resumen de historia clínica completo (antecedentes, estado actual, respuesta a los tratamientos instaurados etc):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA: / /

.....

Firma y sello del médico actuante

PLANILLA DE EVALUACION
PAUTAS DE DESARROLLO MADURATIVAS

Deberá ser completado con letra clara y en forma completa por medico tratante, teniendo en cuenta las pautas madurativas de desarrollo acordes a edad sugeridas por la Sociedad Argentina de Pediatría. La misma tiene carácter de Declaración Jurada. La Junta Evaluadora podrá solicitar información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Nombre y Apellido	
DNI	

Antecedentes Perinatólogicos:

Antecedentes patológicos:

Diagnóstico

Marcar lo que corresponda

Pauta Madurativa	Hasta 6 meses	Hasta 12 meses	Hasta 18 meses	Hasta 24 meses	Hasta 4 años
Sosten Cefalico	SI NO				
Linea media	SI NO				
Rolado*	SI NO				
Tripode	SI NO				
Se sienta sin apoyo		SI NO			
Se para con apoyo		SI NO			
Pinza superior		SI NO			
Camina solo			SI NO		
Sube a silla				SI NO	
Agacharse				SI NO	
Patea pelota				SI NO	
Arma torre con 4 cubos				SI NO	
Garabatos				SI NO	
Juego simbólico				SI NO	
Come solo				SI NO	
Salta con ambos pies					SI NO
Lanza pelota					SI NO
Se saca o pone ropa y/o calzado					SI NO
Arma rompecabezas					SI NO
Control esfínteres diurno					SI NO

FECHA: / /

.....
Firma y sello del médico actuante

Edades de referencia**

Pauta Madurativa	Hasta 6 meses	Hasta 12 meses	Hasta 18 meses	Hasta 24 meses	Hasta 4 años
Sosten Cefalico	si				
Linea media	si				
Rolado*	si				
Tripode	si				
Se sienta sin apoyo		Si			
Se para con apoyo		si			
Pinza superior (radial)		si			
Camina solo			Si		
Sube a silla				Si	
Agacharse				Si	
Patea pelota				Si	
Arma torre con 4 cubos				Si	
Garabatos				Si	
Juego simbólico				Si	
Come solo				Si	
Salta con ambos pies					Si
Lanza pelota					Si
Se saca o pone ropa y/o calzado					Si
Arma rompecabezas					Si
Control esfínteres diurno					Si

Las pautas madurativas deben de estar presentes en la edad de referencia indicada

*rolar: pasar de posición dorsal a lateral

** Edades de referencia: Tomados del Manual para la supervisión de la salud de niños, niñas y adolescentes.