

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**Planilla de Evaluacion  
CONDICIÓN DE SALUD: EPILEPSIA**

Este Certificado deberá ser completado con letra clara y en forma completa, el mismo tiene carácter de Declaración Jurada.

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

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

**1. Enfermedad de base (si la hubiera)**

---

---

---

---

**2. Especificar tipo de crisis:**

---

---

---

**3. Tiempo de evolución de las crisis:**

---

---

---

**4. Frecuencia de las crisis:**

**Diaria:**  **Semanales:**  **Mensuales**  **Otras (especificar)** \_\_\_\_\_

**5. Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración del tratamiento actual).**

ESQUEMA DE TTO Nº 1	ESQUEMA DE TTO Nº 2	ESQUEMA DE TTO Nº 3

**6. Tratamiento ACTUAL (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).**

**PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL**

ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL

**7 . Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar el diagnóstico.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Adjuntar diagnóstico según CIE 10 de trastornos mentales y del comportamiento asociadas si los hubiera.**

---

---

---

---

---

---

---

**9. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO.** (Antecedentes, estado actual, pronóstico, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE

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