

**ANEXO - RESOLUCIÓN N° 852/MSGC/15**

**ANEXO I**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO  
UNICO DE DISCAPACIDAD**

---

**Centro Integral de Evaluación y Orientación  
de la Discapacidad**



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación  
CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

## FORMULARIO DE SOLICITUD

COMPLETAR Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA

### DATOS DEL BENEFICIARIO

<b>APELLIDO/S</b>											
<b>NOMBRE/S</b>											
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>				<b>SEXO</b>		Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO</b>		DNI <input type="checkbox"/>		LE <input type="checkbox"/>		LC <input type="checkbox"/>		PAS <input type="checkbox"/>		CI <input type="checkbox"/>	
										Expedido por	
<b>NRO.DOCUMENTO</b>				<b>CUIT/CUIL</b>		-		-			
<b>NACIONALIDAD</b>				<b>TIPO</b>		Nativo <input type="checkbox"/>		Naturalizado <input type="checkbox"/>			
<b>TIPO DE RESIDENCIA</b>		Transitoria <input type="checkbox"/>		Permanente <input type="checkbox"/>		<b>FECHA VENCIMIENTO.</b>					
		Temporal <input type="checkbox"/>		Precaria <input type="checkbox"/>							
<b>DOMICILIO</b>											
<b>Cod. postal</b>				<b>Telefono</b>							
<b>LOCALIDAD</b>											
<b>PROVINCIA</b>						<b>DEPARTAMENTO</b>					
<b>ESTADO CIVIL</b>											
Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Separado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Unión de Hecho <input type="checkbox"/>	
										Unión civil <input type="checkbox"/>	
<b>CONDICION DE ACTIVIDAD</b>						<b>CATEGORIA DE ACTIVIDAD</b>					
<input type="checkbox"/> Trabaja		<input type="checkbox"/> No busca trabajo		<input type="checkbox"/> No aplicable		<input type="checkbox"/> Obrero o Empleado		<input type="checkbox"/> Patrón (con personal a cargo)			
<input type="checkbox"/> No trabaja		<input type="checkbox"/> No aplicable				<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia		<input type="checkbox"/> Trabajador Familiar			
<input type="checkbox"/> Busca trabajo											
<b>SITUACION PREVISIONAL</b>											
<input type="checkbox"/> Jubilado del Sistema Contributivo		<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva a la vejez		<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva ex combatientes		<input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Sin beneficio			
<input type="checkbox"/> Pensionado del Sistema Contributivo		<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva / por invalidez		<input type="checkbox"/> Sin beneficio							
<input type="checkbox"/> Pensión No Contributiva / graciable											



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación  
CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

<b>PRESENTA COBERTURA</b>	Obra Social <input type="checkbox"/>	Medicina Prepaga <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
<b>NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL O PREPAGA</b>			
<b>NUMERO DE AFILIADO</b>			
<b>RECIBE BENEFICIO LEY 19.279 (ART. 1º)</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<b>SIMBOLO</b>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

### DATOS DEL SOLICITANTE

Interesado     Madre     Padre     Tutor     Curador

**APELLIDO**

**NOMBRE**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO**    DNI     LE     LC     PAS     CI     ----- Expedido por -----

**NRO.DOCUMENTO**    **NACIONALIDAD**

**DOMICILIO**

**Cod. postal**    **Localidad**

**PROVINCIA**    **Nro. TELEFONO**  
(    )

**En caso de Tutor o Curador completar la siguiente información:**

**PROVISORIO**     **DEFINITIVO**     **Fecha de designación**    /    /

**JUZGADO**

**SECRETARIA**    **Depto. JUDICIAL**

**LUGAR Y FECHA**    .....,    /    /

..... <b>FIRMA DEL INTERESADO / A CURADOR O REPRESENTANTE LEGAL</b>	..... <b>ACLARACION DE FIRMA</b>
--	-------------------------------------

## **ANEXO II**

### **LISTADO DE CONTROL DE DOCUMENTACION REQUERIDA POR TIPO DE DISCAPACIDAD**

---

**Centro Integral de Evaluación y Orientación  
de la Discapacidad**



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

**DISCAPACIDAD MENTAL**

HOJA 1/5

Diagnóstico realizado por: **Médico Psiquiatra**

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD** (Resolución 194/MSGC/2013)

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad argentina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Nacional de Identidad • Libreta Cívica • Libreta de Enrolamiento • Pasaporte</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad extranjera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasaporte • Certificado de Nacionalidad • Cédula de Identidad • Certificado de Residencia Precaria que se encuentre vigente.</li> </ul>

**ACREDITACIÓN RESIDENCIA** (Resolución 194/MSGC/2013)

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Probar la residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</b> Si esta no surge del Documento, dicha residencia podrá ser probada por cualquiera de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de contrato de locación a nombre del paciente • Servicio y/o impuesto a nombre del paciente • Certificado de domicilio expedido por la PFA o por la Metropolitana,</li> </ul>
--------------------------	--

**INTELLECTUAL**

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Requisitos para la Evaluación de la Discapacidad Mental</b> (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE – P1)</p>
--------------------------	---

Diagnósticos y Evolución

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Certificado con diagnóstico actual según CIE 10</b>, detallando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coeficiente Intelectual</li> <li>• Nivel de funcionamiento escolar, laboral y social</li> </ul>
--------------------------	---

En caso de enfermedades genéticas:

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Estudios genéticos y/o antecedentes patológicos pre-peri y postnatales</b></p>
--------------------------	--

**INFORMES COMPLEMENTARIOS**

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Estrategias de rehabilitación:</b> Estimulación Temprana, Educación Especial, Integración escolar, taller Laboral, otras.</p>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Valoración de Apoyos</b> (maestra integradora, acompañante terapéutico, etc.)</p>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Haber realizado tratamiento</b>, con antecedentes comprobables de 1 (uno) año como mínimo.</p>
--------------------------	--

**TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (T.G.D.)**

c/Planilla del GCBA

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Planilla de Evaluación para Trastorno Generalizado del Desarrollo</b> (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE –P2)</p>
--------------------------	--

Diagnósticos y Evolución

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10</b></p>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Estudios por imagen</b> (TAC, RMN)</p>
--------------------------	--



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

HOJA 2/5

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Evaluación neuropsicológica infantil</b> pre-peri y postnatales
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Evaluación del nivel de desarrollo</b> por pruebas estandarizadas
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estudios de la comunicación y el lenguaje</b> , herramientas de utilización.

En caso de enfermedades genéticas:

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estudios genéticos</b> y/o antecedentes patológicos pre-peri y postnatales
-------------------------------------	---

#### INFORMES COMPLEMENTARIOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estrategias de rehabilitación</b> (no menor a un año): Estimulación Temprana, Educación Especial, Integración Escolar, Taller LABORAL, otras.
-------------------------------------	--

### TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, TRASTORNOS MOTORES Y TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

#### ESTUDIOS MEDICOS

c/Planilla del GCBA

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Requisitos para la Evaluación de la Discapacidad Mental</b> <span style="float: right;">(VER PLANILLA CORRESPONDIENTE- P1)</span>
-------------------------------------	--

Diagnósticos y Evolución

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Evaluación clínica</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estudios por imagen (TAC, RMN)</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Evaluación del nivel de desarrollo por pruebas estandarizadas</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estudios de la comunicación y el lenguaje</b> , herramientas de utilización: Test de Gardner, Escalas o evaluaciones de razonamiento, comprensión y expresión verbal. Valoración de memoria audiovisual (mediata-inmediata).

En caso de enfermedades genéticas:

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estudios genéticos</b> y/o antecedentes patológicos pre-peri y postnatales <sup>1</sup>
-------------------------------------	--

#### INFORMES COMPLEMENTARIOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estrategias de rehabilitación</b> (no menor a un año): Estimulación Temprana, Educación Especial, Integración escolar, taller Laboral, otras.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Valoración de Apoyos</b> (maestra integradora, acompañante terapéutico, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Informes escolar, psicopedagógico, psicológico, neurolingüístico, fonoaudiológico.</b>

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

#### ESTUDIOS MEDICOS

c/Planilla del GCBA

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Requisitos para la Evaluación de la Discapacidad Mental</b> <span style="float: right;">(VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P1)</span>
-------------------------------------	---



**Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**MINISTERIO DE SALUD**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

HOJA 3/5

**Diagnósticos y Evolución**

	✓ <b>Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10</b>
	✓ <b>Historia clínica evolutiva</b> , detallando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento psiquiátrico, tiempo de evolución, pronóstico</li> <li>• Especificaciones sobre el deterioro que ha provocado en el niño en distintos ámbitos de relación social, educacional y familiar.</li> </ul>

**INFORMES COMPLEMENTARIOS**

	✓ <b>Estrategias de rehabilitación</b> (no menor a un año): Estimulación Temprana, Educación Especial, Integración escolar, taller Laboral, otras.
--	--

**TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES**

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

	✓ <b>Requisitos para la Evaluación de la Discapacidad Mental</b>	(VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P1)
--	--	--------------------------------------

**Diagnósticos y Evolución**

	✓ <b>Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10</b>
	✓ <b>Exámenes e informes complementarios</b> realizados para arribar al diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuroimágenes</li> <li>• Evaluación neurocognitiva (3 de los Test de uso más corriente).</li> </ul>

**INFORMES COMPLEMENTARIOS**

	✓ <b>Haber realizado tratamiento</b> , con antecedentes comprobables de 1 (uno) año como mínimo.
--	--

**TRASTORNOS PSICOTICOS**

**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO**

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

	✓ <b>Requisitos para la Evaluación de la Discapacidad Mental</b>	(VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P1)
--	--	--------------------------------------

**Diagnósticos y Evolución**

	✓ <b>Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10</b>
	✓ <b>Historia clínica evolutiva</b> , detallando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos farmacológicos y psicológicos, tiempo de evolución, pronóstico.</li> </ul>

**INFORMES COMPLEMENTARIOS**

	✓ <b>Haber realizado tratamiento</b> , con antecedentes comprobables de 1 (uno) año como mínimo.
--	--



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP)

HOJA 4/5

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

✓ **Planilla de Evaluación por Trastorno por Estrés Postraumático (TEP)**

(VER PLANILLA  
CORRESPONDIENTE-P1)

Diagnósticos y Evolución

✓ **Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10**

✓ **Historia clínica evolutiva, detallando:**

- Antecedentes de la enfermedad, tiempo de evolución, impacto en su actividad laboral y social, internaciones, estado actual y tratamientos clínicos recibidos,.
- Especificar comorbilidad previa y posterior al TEPT.
- Detallar si existen dificultades en la actividad social, laboral, escolar o en las relaciones interpersonales, grado de impacto funcional.
- Tratamiento Farmacológico y Psicoterapéutico (mayor a un año de duración),  
Con un mínimo de tres esquemas psicofarmacológicos diferentes y diversas psicoterapias implementadas. Especificar tipo y frecuencia.  
Es necesario haber agotado las opciones terapéuticas, en dosis máximas y tiempos establecidos (fehacientemente comprobable).
- Evaluación de la respuesta al tratamiento.

✓ **Estudios necesarios para elaborar el diagnóstico:**

- Test de Coeficiente Intelectual,
- Neuroimágenes,
- Evaluación Neuropsicológica,
- Estructura de la Personalidad (MMPI-2, Escala de TEPT).

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

✓ **Requisitos para la Evaluación de Discapacidad en Paciente Epilépticos**

(VER PLANILLA  
CORRESPONDIENTE-P3)

Diagnósticos y Evolución

✓ **Certificado con antecedentes y diagnóstico actual según CIE 10**

✓ **Especificar comorbilidad referidos al uso de sustancias**

✓ **Historia clínica evolutiva, detallando:**

- Antecedentes de la enfermedad, tiempo de evolución, internaciones y cambios de esquema fármico.

**INFORMES COMPLEMENTARIOS**

✓ **Haber realizado tratamiento, con antecedentes comprobables de 1 (uno) año como mínimo.**



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

EPILEPSIA

HOJA 5/5

### ESTUDIOS MEDICOS

c/Planilla del GCBA

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Requisitos para la Evaluación de Discapacidad en Paciente Epilépticos</b> (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE -P3) Diagnósticos y Evolución</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Certificado con diagnóstico actual según CIE 10</b>, detallando:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado actual,</li><li>• Tipo de crisis y frecuencia, con los esquemas terapéuticos realizados (indicando dosis y duración de cada uno de ellos).</li></ul>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Examen e informe de Laboratorio:</b> Dosaje en sangre de drogas antiepilépticas (sólo si ha recibido dos drogas en monoterapia sin control de las crisis).</p>



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**DISCAPACIDAD VISCERAL**

HOJA 1/2

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD** (Resolución 194/MSGC/2013)

	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad argentina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Nacional de Identidad • Libreta Cívica • Libreta de Enrolamiento • Pasaporte</li> </ul>
	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad extranjera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasaporte • Certificado de Nacionalidad • Cédula de Identidad • Certificado de Residencia Precaria que se encuentre vigente.</li> </ul>

**ACREDITACIÓN RESIDENCIA** (Resolución 194/MSGC/2013)

	<p>✓ <b>Probar la residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</b> Si esta no surge del Documento, dicha residencia podrá ser probada por cualquiera de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de contrato de locación a nombre del paciente • Servicio y/o impuesto a nombre del paciente • Certificado de domicilio expedido por la PFA o por la Metropolitana,</li> </ul>
--	--

**CARDIOLOGICO**

Diagnóstico realizado por: **Médico CARDIOLOGO**

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

	<p>✓ <b>Planilla para Personas con condición de salud de origen cardiovascular</b> (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P4)</p>
--	--

Diagnósticos y Evolución

	<p>✓ <b>Certificado con diagnóstico completo, estado actual y clase funcional</b></p>
	<p>✓ <b>Estudios complementarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Electrocardiograma, Radiografía de Torax,</b> y otros estudios complementarios que posea para elaborar el diagnóstico.</li> <li>• En casos de Miocardiopatía: <b>Ecocardiograma y/o Doppler</b></li> <li>• En casos de Enfermedad Coronaria: <b>Ergometría y/o SPECT</b>-(Estudio Perfusión Miocárdica)</li> </ul>

**RENAL y/o UROLÓGICO**

Diagnóstico realizado por: **Médico NEFROLOGO**

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

	<p>✓ <b>Planilla para Personas con condición de salud de origen renal</b> (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P5)</p>
--	---

Diagnósticos y Evolución

	<p>✓ <b>Certificado con diagnóstico completo y estado actual</b></p>
	<p>✓ <b>Estudios complementarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio de función renal (imprescindible para certificar insuficiencia renal).</li> <li>• Ecografía renal, tomografía renal, etc.</li> </ul>



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## RESPIRATORIO

HOJA 5/5

Diagnóstico realizado por: **Médico NEUMONOLOGO**

### ESTUDIOS MEDICOS

<input type="checkbox"/>	✓ <b>Certificado con diagnóstico completo</b> , detallando: severidad, antecedentes patológicos relacionados, tratamientos actual, respuesta y grado de adhesión al mismo.
<input type="checkbox"/>	✓ <b>Examen funcional respiratorio</b> (espirometría) En personas cuya condición de salud sea Asma bronquial crónica, será indispensable adjuntar más de 2 espirometrías separadas de al menos 2 meses.
<input type="checkbox"/>	✓ <b>Estudios complementarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de Tórax,</li> <li>• Test de caminata a los 6 minutos,</li> <li>• Gases arteriales al medio ambiente.</li> <li>• Difusión de Monóxido de carbono (DMO)</li> <li>• Otros: Tomografía de Tórax, Ecocardiograma con ecodoppler, Polisomnografía, Anatomía patológica, etc.</li> </ul>

## HEPATICO

Diagnóstico realizado por: **Médico HEPATÓLOGO / GASTROENTERÓLOGO**

### ESTUDIOS MEDICOS

<input type="checkbox"/>	✓ <b>Certificado medico</b> , detallando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y estado actual,</li> <li>• Alternativas de tratamiento y rehabilitación (clasificación de CHILD-PLUGH).</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	✓ <b>Estudios complementarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsia, Centellograma, Tomografía abdominal, etc.,</li> <li>• Análisis de Laboratorio de Función Hepática y Coagulograma (imprescindible para certificar insuficiencia hepática)</li> </ul>

## DIGESTIVO

Diagnóstico realizado por: **Médico GASTROENTERÓLOGO,**

### ESTUDIOS MEDICOS

<input type="checkbox"/>	✓ <b>Certificado medico</b> , informando: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detalle del comienzo de la enfermedad, severidad, antecedentes patológicos relacionados, tratamientos realizados, tratamiento actual, respuesta a los mismos</li> <li>✓ Detalle de los procedimientos quirúrgicos si los hubiese.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	✓ <b>Estudios complementarios</b> , de acuerdo a la patología para realizar el diagnóstico.



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**DISCAPACIDAD VISUAL**

HOJA 1/1

Diagnóstico realizado por: **Médico OFTALMOLOGO**

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD** (Resolución194/MSGC/2013)

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad argentina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Nacional de Identidad • Libreta Cívica • Libreta de Enrolamiento • Pasaporte</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad extranjera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasaporte • Certificado de Nacionalidad • Cédula de Identidad • Certificado de Residencia Precaria que se encuentre vigente.</li> </ul>

**ACREDITACIÓN RESIDENCIA** (Resolución194/MSGC/2013)

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Probar la residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</b> Si esta no surge del Documento, dicha residencia podrá ser probada por cualquiera de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de contrato de locación a nombre del paciente • Servicio y/o impuesto a nombre del paciente • Certificado de domicilio expedido por la PFA o por la Metropolitana,</li> </ul>
--------------------------	--

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Planilla para la evaluación de la discapacidad visual</b> <span style="float: right;">(VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P6)</span></p> <p>Diagnósticos y Evolución</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Resumen de historia clínica</b>, donde conste: diagnóstico, estado actual, evolución, tratamiento que realiza y secuelas.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Agudeza visual con y sin</b> corrección de ambos ojos.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ Refracción de ambos ojos.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ Biomicroscopía de ambos ojos.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ Presión Ocular de ambos ojos.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ Fondo de Ojo de ambos ojos.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Campo Visual</b> central de ambos ojos</p>

De ser necesarios se requerirán otros estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

Ecografía, Angiografía, Estudios Electrofisiológicos, etc.



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**DISCAPACIDAD AUDITIVA**

**HOJA 1/1**

Diagnóstico realizado por: **Médico OTORRINO**

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD** (Resolución 194/MSGC/2013)

	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad argentina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Nacional de Identidad • Libreta Cívica • Libreta de Enrolamiento • Pasaporte</li> </ul>
	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad extranjera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasaporte • Certificado de Nacionalidad • Cédula de Identidad • Certificado de Residencia Precaria que se encuentre vigente.</li> </ul>

**ACREDITACIÓN RESIDENCIA** (Resolución 194/MSGC/2013)

	<p>✓ <b>Probar la residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</b> Si esta no surge del Documento, dicha residencia podrá ser probada por cualquiera de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de contrato de locación a nombre del paciente • Servicio y/o impuesto a nombre del paciente • Certificado de domicilio expedido por la PFA o por la Metropolitana,</li> </ul>
--	--

**ESTUDIOS MEDICOS**

	<p>✓ <b>Resumen de historia clínica, donde conste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico clínico-audiológico (tipo y grado)</li> <li>• Estado actual</li> <li>• Evolución</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Complicaciones</li> </ul>
	<p>✓ <b>Estudios complementarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Audiometría tonal</b> (en casos de implante coclear con previa desconexión del mismo),</li> <li>• <b>Logaudiometría</b> (en los casos que es posible su administración)</li> <li>• En menores de 2 años se solicitarán <b>estudios electrofisiológicos</b> (BERA / OEAs / PEaee)</li> </ul>



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**DISCAPACIDAD MOTORA**

HOJA 1/1

Diagnóstico realizado por: **Médico FISIATRA / NEURÓLOGO / TRAUMATÓLOGO**

**ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD** (Resolución 194/MSGC/2013)

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad argentina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Nacional de Identidad • Libreta Cívica • Libreta de Enrolamiento • Pasaporte</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Documento permitido para personas de nacionalidad extranjera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasaporte • Certificado de Nacionalidad • Cédula de Identidad • Certificado de Residencia Precaria que se encuentre vigente.</li> </ul>

**ACREDITACIÓN RESIDENCIA** (Resolución 194/MSGC/2013)

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Probar la residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</b> Si esta no surge del Documento, dicha residencia podrá ser probada por cualquiera de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de contrato de locación a nombre del paciente • Servicio y/o impuesto a nombre del paciente • Certificado de domicilio expedido por la PFA o por la Metropolitana,</li> </ul>
--------------------------	--

**ESTUDIOS MEDICOS**

c/Planilla del GCBA

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Planilla</b> de evaluación según la patología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con patología de columna vertebral (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P7)</li> <li>• Personas con miastenia gravis (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P9)</li> <li>• Personas con artritis reumatoidea (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P8)</li> <li>• Personas con esclerosis múltiple (VER PLANILLA CORRESPONDIENTE-P10)</li> </ul>
--------------------------	---

Diagnósticos y Evolución

<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Certificado medico</b>, detallando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico completo y estado actual,</li> <li>• Tratamientos realizados y respuesta a los mismos.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p>✓ <b>Estudios complementarios</b> de acuerdo a la patología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Electromiograma,</li> <li>• Radiografías,</li> <li>• Ecografías,</li> <li>• Tomografía computada,</li> <li>• Resonancia Magnética.</li> </ul>

## **ANEXO III**

# **PLANILLAS REQUERIDAS PARA CADA TIPO DE DISCAPACIDAD**

---

**Centro Integral de Evaluación y Orientación  
de la Discapacidad**



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P - 1**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/3

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

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

### 1. DIAGNÓSTICOS

– CIE-10


– DSM IV – EVALUACIÓN MULTIAXIAL (detallar los 5 ejes)


### 2 - INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES (marcar con una cruz)

	NO	SI	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?			



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P - 1**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 2/3

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**3 – CUIDADO DE SU 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 TERAPEUTICO 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**

Trabajo en relación de dependencia		Trabajo autónomo		Emprendimientos sociales productivos		Talleres protegidos	
Otros		No trabaja					

**7 -ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO.**

(Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva, MMPI-2, neuroimágenes, etc.)






Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P -2**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/2

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO - TGD

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>EDAD</b>	
<b>NIVEL EDUCACIONAL</b>	
<b>FECHA DE INFORME</b>	

### 1 - DESEMPEÑO GLOBAL


### 2 - DESEMPEÑO ÁULICO


### 3 - OBSERVACION DE CONDUCTAS EN RECREOS




**Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires**  
MINISTERIO DE SALUD

**P - 2**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 2/2

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**4 - INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL EQUIPO DE ORIENTACION ESCOLAR**

<b>Con el niño/a:</b>	
<b>Con la docente:</b>	
<b>Con la madre:</b>	

**5 - CARACTERISTICAS DEL DESEMPEÑO EN AREAS**


**6 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**


**7 - PLAN DE TRATAMIENTO**


..... / ..... / .....  
FECHA

-----  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE



## PLANILLA PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<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

	<b>DIARIAS</b>		<b>SEMANALAES</b>		<b>MENSUALES</b>		<b>OTROS (especificar)</b>
<b>OTROS (especificar):</b>							

### 5 - TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos

<b>ESQUEMA DE Tto.N 1</b>	<b>ESQUEMA DE Tto.N 2</b>	<b>ESQUEMA DE Tto.N 3</b>



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P - 3**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 2/2

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**6 – TRATAMIENTO ACTUAL**

Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración del tratamiento actual

**ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL**

**6 - ADJUNTAR INFORME DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA ABORDAR AL DIAGNÓSTICO**

**7 - ADJUNTAR DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM IV DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS SI LAS HUBIERA**

**8 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO (antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)**

..... / ..... / .....

FECHA

.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P -4**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/1

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN CARDIOVASCULAR

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>DNI</b>	

<b>DIAGNOSTICO</b>		
<b>CLASE FUNCIONAL</b>		
<b>TRATAMIENTOS QUIRURJICOS</b>		
<b>ECOCARDIOGRAMA</b>	<b>FEY</b>	

ERGOMETRIA		ó	SPECT	
<b>METS</b>		<b>CON DROGAS, SIGNOS DE ISQUEMIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CLASE FUNCIONAL</b>		<b>CON EJERCICIO</b>	<b>METS</b>	
			<b>CLASE FUNCIONAL</b>	

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
FECHA

<p>-----</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE</p>
---



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P-5**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/1

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN RENAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

APELLIDO Y NOMBRES					
DNI					
INSTITUCION QUE LO ASISTE					
DIAGNOSTICO					
ETIOLOGIA					
FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD ___ / ___ / ___			DIABETES MIELLITUS	SI	NO
DIALISIS	SI	NO	FISTULA ARTERIOVENOSA	SI	NO
<b>TRANSPLANTE RENAL</b>					
EN LISTA DE ESPRA	SI	NO			
FUE TRANSPLANTADO	SI	NO	RECHAZO TRANSPLANTE	SI	NO
<b>COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL</b>					
HIPERPARATIROIDISMO	SI	NO	POLINEUROPATIA	SI	NO
OSTEODISTROFIA	SI	NO	ANEMIA	SI	NO
ALTERACION DE CRECIMIENTO	SI	NO	PERICARDITIS	SI	NO
EXAMEN DE LABORATORIO	ULTIMO ESTUDIO Fecba ___ / ___ / ___		ESTUDIOS ANTERIORES Fecba ___ / ___ / ___		
FILTRADO GLOMERULAR					
CREATININA EN SANGRE					
UREA EN SANGRE					
CALCIO EN SANGRE					
FOSFORO EN SANGRE					
HEMATOCRITO					
PROTEINURIA DE 24 HS					

..... / ..... / .....  
FECHA

-----  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD



Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/1

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD VISUAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

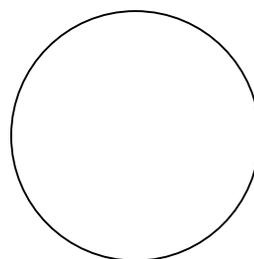
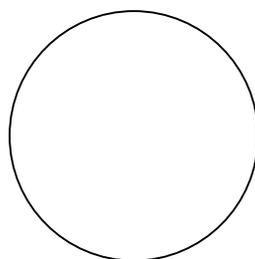
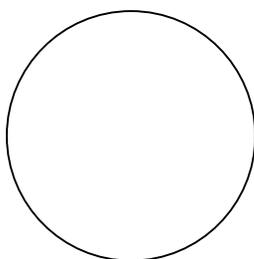
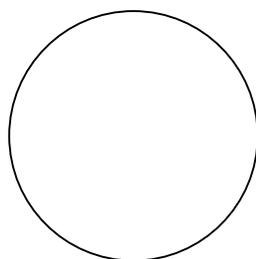
<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>DNI</b>	

### EXAMEN OFTALMOLOGICO

EXAMEN	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL S/C		
AGUDEZA VISUAL C/C		
REFRACCION		
TENSION OCULAR		
BIOMICROSCOPIA		
FONDO DE OJO		

### ADJUNTAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNOSTICO

(CAMPO VISUAL – ECOGRAFIA – RFG – OCT – ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS)



FONDO DE OJO

ESQUEMAS

CAMPO VISUAL

<b>DIAGNOSTICO</b> (debe ser completado, al menos presuntivo)	
---	--

..... / ..... / .....

FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE



## PLANILLA PARA EVALUACION DE PATOLOGIAS DE COLUMNA VERTEBRAL

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>DNI</b>	
<b>1 - DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	
<b>2 - DIAGNOSTICO SECUNDARIO</b>	
<b>3 - AÑO DE COMIENZO DE LA PATOLOGIA</b>	
<b>4 - TRATAMIENTOS REALIZADOS (médicos y quirúrgicos)</b>	
<b>5 - TRATAMIENTO REHABILITADOR APLICADO (indicar fecha de comienzo)</b>	
<b>6 - ALTERACIÓN EN LAS FUNCIONES CARDIO-RESPIRATORIAS</b>	



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD



Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 2/2

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**7 - TIPO DE MARCHA**

**8 - Tropismo muscular**

**EN CASO DE ESCOLIOSIS**

**9 - MEDICION DE ANGULO DE COBB Y DEL INDICE 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



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD



Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/1

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA PARA PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>			
<b>DNI</b>		<b>EDAD (años)</b>	

<b>AÑOS DE EVOLUCION DE LA AR</b>	
<b>RESULTADOS DEL FACTOR REMATUOIDEO</b>	
<b>CLASE FUNCIONAL</b>	
<b>CLASE RADIOLOGICA (adjuntar RX de manos y pies del ultimo año)</b>	
<b>HAQ (adjuntar cuestionario)</b>	
<b>DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)</b>	
<b>TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)</b>	
<b>OBRA SOCIAL</b>	
<b>INSTITUCION QUE LO ASISTE</b>	

..... / ..... / .....  
FECHA

..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE
--



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

**P -9**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 1/2

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

## PLANILLA PARA EVALUACION DE PERSONAS CON MIASTENIA GRAVIS

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>DNI</b>	

### 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 el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos

ESQUEMA DE Tto.N 1	ESQUEMA DE Tto.N 2	ESQUEMA DE Tto.N 3

### 4 - TRATAMIENTO ACTUAL

Especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración del tratamiento actual

#### ESQUEMA TERAPEUTICO 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 EVALUACION DE PERSONAS CON ESCLEROSIS MULTIPLE

Este Certificado deberá ser completado por especialista 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 al paciente.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	
<b>DNI</b>	

### 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 y el tiempo de duración del tratamiento actual

--

### 5 - GRADO DE DISCAPACIDAD SEGÚN EDSS

--



**Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires**  
MINISTERIO DE SALUD

**P -10**

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

HOJA 2/2

**CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y  
ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

**6 - ADJUNTAR INFORMES DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA ABORDAR AL DIAGNÓSTICO**

Empty box for attaching reports.

**7 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO**

Antecedentes, estado actual, pronóstico, respuesta a los tratamientos instaurados, etc.

Empty box for clinical history summary.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
FECHA

-----  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE

**ANEXO IV**

**PROTOCOLO PARA LA EVUALACION DE LA  
DISCAPACIDAD**

---

Centro Integral de Evaluación y Orientación  
de la Discapacidad



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

### PROTOCOLO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

**EXPEDIDO POR:**

*Junta Evaluadora:*

*Código de Junta:*

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

Tipo	DNI	L.E	L.C.	C.I.	PAS.	Número:					
	Policia:	Pais:									

**1. DIAGNOSTICO - CIE -10**

Diagnóstico	Código CIE-10

**2. FECHA DE INICIACIÓN DEL DAÑO**

Mes (mm)		Año (aaaa)			
----------	--	------------	--	--	--

**3. EQUIPAMIENTO**

Silla de ruedas		Ortesis		Andadores		Prótesis	
Bastones		Ayuda Optica		Audífonos		Otros	

**4. EDUCACIÓN**

Marcar con una cruz lo que corresponda		Niveles Educativos	Completo	Incompleto		Adaptación Curricular
Alfabetizado	SI	Nivel Inicial		Concorre	Concurrió	
Analfabeto	SI	Nivel Primario / EGB 1 y 2				
Analfabeto Instrumental	SI	Nivel Secundario / EGB 3 y Polimodal				
No aplicable	SI	Nivel Terciario / Universitario				
	Concorre	Concurrió	Nunca concurrió	COMPLETAR CON: A: Educación antes del Año		
Educación no Formal				D: Educación despues del año		
Escuela Especial				AD: Educación antes y Despues del año		



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

5. ASPECTO HABITACIONAL											
VIVIENDA					ACCESIBILIDAD						
Vive solo			SI	NO	Cantidad de cuartos de la vivienda	Medios de Transporte	Menos de 300 metros		Mas de 300 metros		
Vive acompañado	Con infraestructura básica (Servicios)						Estado de calles	Pavimento	Mejorado	Tierra	
Internado	Vivienda adaptada a la situación de la persona con discapacidad		SI	NO							

6. SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR									
VÍNCULO	Hijo		Madre		Hermano		Otros familiares		OBSERVACIONES
	Cónyuge		Padre		Abuelos		Otros no familiares		

7.1 FUNCIONES CORPORALES																				
	N1	N2	N3	N4		C		N1	N2	N3	N4		C		N1	N2	N3	N4		C
Funciones Mentales (b10 a b199)	b1					•		b1					•		b1					•
Funciones sensoriales y dolor (b20 a b299)	b2							b2							b2					
Funciones de la voz y el habla (b30 a b399)	b3					•		b3					•		b3					•
Funciones de los sistemas cardiovascular, hemat. inmunol. y respiratorio (b40 a b499)	b4					•		b4					•		b4					•
Funciones de los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (b50 a b599)	b5							b5							b5					
Funciones genitourinarias reproductivas (b60 a b699)	b6					•		b6					•		b6					•
Funciones neuro-musculo- esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b70 a b799)	b7							b7							b7					
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b80 a b899)	b8					•		b8					•		b8					•

7.2 ESTRUCTURAS CORPORALES																											
	N1	N2	N3	N4		C	C	C		N1	N2	N3	N4		C	C	C		N1	N2	N3	N4		C	C	C	
Estructura del sistema nervioso (s10 a s199)	s1					•				s1					•				s1					•			
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s20 a s299)	s2									s2									s2								
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s30 a s399)	s3					•				s3					•				s3					•			
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio (s40 a s499)	s4									s4									s4								
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (s50 a s599)	s5					•				s5					•				s5					•			
Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor (s60 a s699)	s6					•				s6					•				s6					•			
Estructuras relacionadas con el movimiento (s70 a s799)	s7									s7									s7								
Piel y estructuras relacionadas (s80 a s899)	s8					•				s8					•				s8					•			



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

**8. ACTIVIDAD Y PARTICIPACION (Discapacidad-Desventaja)**

	N1	N2	N3	C	C	C	C	N1	N2	N3	C	C	C	C	N1	N2	N3	C	C	C	C	
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d10 a d199)	d1							d1							d1							
Tareas y demandas generales (d20 a d299)	d2							d2							d2							
Comunicación (d30 a d399)	d3							d3							d3							
Movilidad, locomoción, disposición del cuerpo, destreza (d40 a d499)	d4							d4							d4							
Auto cuidado (d50 a d599)	d5							d5							d5							
Vida doméstica (d60 a d699)	d6							d6							d6							
Interacciones y demandas interpersonales (d70 a d799)	d7							d7							d7							
Áreas principales de la vida diaria (d80 a d899)	d8							d8							d8							
Vida comunitaria, social y cívica (d90 a d999)	d9							d9							d9							

**9. FACTORES AMBIENTALES**

	N1	N2	N3	C	N1	N2	N3	C	N1	N2	N3	C
Productos y Tecnología (e10 a e199)	e1				e1				e1			
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e20 a e299)	e2				e2				e2			
Apoyo y relaciones (e30 a e399)	e3				e3				e3			
Actitudes (e40 a e499)	e4				e4				e4			
Servicios, sistemas y políticas (e50 a e599)	e5				e5				e5			

**10. TIPO DE DISCAPACIDAD**

MOTORA	MENTAL	AUDITIVA	VISUAL	VISCERAL
--------	--------	----------	--------	----------

**11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**




Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

**11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**


**12. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL**

REHABILITACIÓN		CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO		FORMACIÓN LABORAL Y/O PROFESIONAL		PEQUEÑO HOGAR	
HOSPITAL DE DÍA		ESTIMULACIÓN TEMPRANA		HOGAR		TRANSPORTE	
CENTRO DE DÍA		PRESTACIONES EDUCATIVAS		RESIDENCIA			

**13. ACOMPAÑANTE**

El pase cubre acompañante	SI	NO
---------------------------	----	----

**14. VALIDEZ DEL CERTIFICADO**

Este documento tiene validez hasta \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ luego del cual el interesado debe ser reevaluado

**15. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN**

Ciudad	Día	Mes	Año
<b>PROFESIONAL</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>PROFESIONAL</b>
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>

**ANEXO V**

**DENEGATORIA Y RECONSIDERACION DE  
DENEGATORIA DEL CERTIFICADO ÚNICO  
DE DISCAPACIDAD**

---

Centro Integral de Evaluación y Orientación  
de la Discapacidad





**ANEXO - RESOLUCIÓN N° 852/MSGC/15 (continuación)**



Gobierno de la  
Ciudad de Buenos Aires  
MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Redes y Programas de Salud  
Departamento de Rehabilitación

CENTRO INTEGRAL DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

**DENEGATORIA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

DENEGATORIA N° .....

<b>APELLIDO Y NOMBRES:</b>	
<b>TIPO Y NRO DOC.:</b>	<b>EMITIDO POR:</b>
<b>N° CUIT/CUIL:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>

**MOTIVO DEL RECHAZO:**

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN			
<i>Ciudad</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>

Se hace saber al interesado que podrá interponer un Recurso de Reconsideración dentro de los 10 días de notificado el acto ante el mismo organismo que lo dictó, el cual será competente para resolver lo que corresponda. Art. 103 - DECRETO 1510/GCABA/97

FIRMA DEL INTERESADO:.....

ACLARACIÓN:.....

DNI:..... FECHA:.....

**FIN DEL ANEXO**