

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

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