

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 ().....

Oftrálmica ().....

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

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Requisitos, plazo de atención y tipo de entrega

Tipo de solicitante	Documentos requeridos
Paciente	1. Solicitud 2. Copia de DNI 3. Certificado de discapacidad anterior en caso de solicitar la renovación. 4. Estudios previos de poseerlos.
Familiar de paciente	1. Solicitud 2. Copia de DNI de paciente 3. Copia de DNI de familiar 4. Copia de documento que acredite vinculo legal con paciente (Acta de matrimonio o partida de nacimiento) 5. De no contar con copia del documento legal deberá presentar una declaración jurada.
Plazo de atención	Dependerá de las agendas disponibles en el Hospital
Tipo de entrega	<p>La respuesta al requerimiento será enviada al correo electrónico que el paciente/solicitante coloco en la solicitud.</p> <p>De no colocar ningún correo, se coordinará con el usuario para hacer la entrega del documento de forma física en la ventanilla de mesa de partes.</p>