**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**P L A N I L L A D E E V A L U A C I Ó N P A R A T R A S T O R N O G E N E R A L I Z A D O D E L D E S A R R O L L O .**

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRE/S** |  |
| **EDAD** |  |
| **NIVEL EDUCACIONAL** |  |
| **FECHA DE INFORME** |  |

**DESEMPEÑO GLOBAL**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **DESMPEÑO ÁULICO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **OBSERVACION DE CONDUCTAS EN RECREOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
| Con el niño/a: |
|  |
| Con la docente: |
|  |
| Con la madre: |
|  |

**CARACTERISTICAS DEL DESEMPEÑO EN AREAS**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **PLAN DE TRATAMIENTO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

.........../…………/……….

Fecha

…………………………………………………….

Firma y sello del Médico actuante