*Ministerio de Salud*

Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales **Servicio Nacional de Rehabilitación**

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**SOLICITUD DE EVALUACIÓN**

**CONDICIÓN DE SALUD: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**

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

Jurada.

La Junta Evaluadora de Personas podrá solicitar información ampliatoria.

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombres** |  |
| **DNI** |  |

**1. DIAGNÓSTICOS**

**- CIE-10**

- **DSM IV EVALUACIÓN MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)**

**2. INTERACCIONES y RELACIONES INTERPERSONALES O VINCULARES**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **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? |  |  |  |

**3. CUIDADO DE LA 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 TERAPÉUTICO ACTUAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PSICOTERAPÉUTICO** | **MODALIDAD/DISPOSITIVO** | **FRECUENCIA** |
|  |  |  |
| **PSICOFARMACOLÒGICO** | **MEDICACIÓN** | **DOSIS** |
|  |  |  |

**5. ESCOLARIDAD**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primaria |  | Secundaria |  | Terciaria |  | Escuela |  |  |
|  |  |  | Especial |  |
| Formación laboral |  | Proyecto de |  | Adaptación |  | Lee y escribe | SI |  |
|  | integración |  | Curricular |  | NO |  |

**6. LABORAL**

(MARCAR CON UNA CRUZ)

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

**7. ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO.**  (Determinación de CI, Evaluación Neurocognitiva,

MMPI-2, neuroimágenes, etc.)

**8. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.** (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, internaciones, pronóstico, etc.)

…………………………………………………………… …………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA Y MATRÌCULA PROFESIONAL | FIRMA Y MATRÌCULA PROFESIONAL |
| Equipo interdisciplinario de Salud Mental | Médico Especialista |

**Fecha: .........../…………/……….**