



# Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

## **FORMULARIO DI-01** **RESUMEN DEL HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD** **DE ORIGEN INTELECTUAL**

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La confidencialidad de la información responde a la Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 “Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”.

<b>Apellido y Nombre del paciente</b>	
<b>Cédula</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Nivel de Escolaridad:</b>	

### **1. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:**


### **2. CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES: (ESCOLARES, SOCIALES, LABORALES)**




# Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

### 3. ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO.

(Laboratorios, Determinación CI, Evaluación Neurocognitiva, Neuro-imágenes, Estudios Genéticos, otros)


### 4. PLAN DE TRATAMIENTO: (FARMACOLÓGICO, PSICOTERAPÉUTICO, REHABILITATORIO)


### 5. DIAGNÓSTICO CIE 10 / DSM-5


\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha: Día \_\_\_/Mes \_\_\_/Año \_\_\_