LOGO

INSTITUCIÓN

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Aplicación de la Ley N° 29973

N°

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

HISTORIA CLINICA:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
M	F	Años		DNI	
		Meses		CARNET DE EXTRANJERIA	

I. DIAGNOSTICO DE DAÑO	C I E	II. DIAGNOSTICO ETIOLOGO	C I E

III. DEFICIENCIAS	MAGNITUD DE LA DEFICIENCIA					
	NO HAY DEFICIENCIA	DEFICIENCIA LIGERA	DEFICIENCIA MODERADA	DEFICIENCIA GRAVE	DEFICIENCIA COMPLETA	SIN INFORMACIÓN
1.- Intelectuales						
2.- Otras deficiencias mentales						
3.- Del Lenguaje						
4.- De la audición						
5.- De la visión						
6.- Viscerales y otras funciones especiales						
7.- Musculo esqueléticas						
8.- Generalizadas, sensitivas y otras						

TIEMPO DE DEFICIENCIA (En caso de multideficiencias indicar la que genere mayor restricción en la participación)

AÑOS	MESES	¿Existe fuente de verificación?	
		NO:	SI:
			No puede precisarse

IV. DISCAPACIDAD	
De la Conducta	0 Sin Limitación
De la Comunicación	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del cuidado personal	2 Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayudas
De la locomoción	3 Requiere ademas de asistencia momentanea de otras personas
De la disposición corporal	4 Requiere ademas de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De la destreza	5 La persona requiere además de una ayuda o dispositivo que le permite asistir
De situación	6 La actividad no se puede realizar o mantener aun con asistencia personal
GRAVEDAD	SIN DISCAPACIDAD LEVE MODERADA SEVERA

Si el (los) código (s) es 1, la persona tiene DISCAPACIDAD LEVE. Si el (los) código (s) es 2 o 3, la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA. Si

el (los) código (s) son 4, 5 o 6 en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene DISCAPACIDAD SEVERA

V. OCUPACION HABITUAL Según clasificación de la OIT

¿ Existe Fuente de verificación?

No

Si

VI. POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL

1.- Puede estudiar en Centros de estudios regulares

3.- Puede estudiar en centros educativos especiales

2.- Puede estudiar solo en centros de capacitación técnica

4.- No puede estudiar

5.- No aplicable.

VII. POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL

1.- Puede trabajar en su labor habitual

3.- No puede trabajar en su labor habitual pero si en otra

2.- Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones

4.- No puede trabajar

5.- No aplicable

VIII. REQUERIMIENTO DE AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES: No requiere = 0 Requiere ayuda = 1

Para terapia y mantenimiento medico basico

Para asearse, vestirse y comer

Para marcha y transporte

Para efectos esteticos o cosmeticos

Para comunicacion, informacion y señalizacion

Dependiente de otra persona

IX.- GRADO DE RESTRICION EN LA PARTICIPACION

--

%

--

Diferido

X.- OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES: marcar (SI) ó (NO)

. Realizará actividades propias de su especialidad de acuerdo a sus capacidades, aptitudes y condiciones psicofisiológicas (.....)

. Realizará actividades administrativas (.....) En caso de ser afirmativa la recomendación completar lo siguiente:

Trámites documentarios (.....) Registro, procesamiento, clasificación, verificación y archivo (.....) Base de datos (.....) Estadística (.....) Digitación (.....) Recoger información (.....)

Formulación de programas informáticos (.....)

. Realizará actividades de docencia (.....)

. Realizará guardias/servicios (.....). En caso de ser afirmativa la recomendación, las guardias/servicios serán pasivas y su duración será regulada por normas internas de cada Institución

. Realizará:

Ejercicios físicos (.....) (en caso afirmativo especificar, ejemplo: caminata, troles, levantar pesos, etc.), Ejercicios militares (.....), Ejercicios acuáticos (.....), Ejercicios subacuáticos (.....), Exposiciones a descompresión atmosférica (.....), Actividades de exposición a ruidos intensos (.....) Ejercicios de zafarrancho (.....); y que estos no sean extremos o intensos.

Comisiones (según sus capacidades y aptitudes psicofisiológicas) (.....), formaciones (.....) (en caso afirmativo no será mayor de 10 minutos de duración), marchas (.....), hacer uso de armas (.....), hacer uso de uniforme (.....)

. Deberá ser reclasificado a una especialidad acorde a su capacidad residual (.....). En caso de ser afirmativa la recomendación, especificar la especialidad y el trabajo que puede realizar o ejecutar:

. Su ingesta de alimentos será de acuerdo a la siguiente dieta:

. Deberá realizar controles médicos (especificar si es quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.) a cargo de la (s) especialidad (es) de en el establecimiento de salud de su institución

. Las Unidades o Dependencias Militares y/o Policiales terrestres, en las que se recomienda prestar servicios (considerando de preferencia el lugar de procedencia, establecimiento de salud cercano y el área geográfica: altura y clima) en concordancia con la patología existente son:

Este documento tiene validez de:, luego del cual el interesado debe ser evaluado.

LUGAR Y FECHA DE EMISION			
--------------------------	--	--	--

HUELLA DIGITAL DE INDICE DERECHO DEL EVALUADO	
---	--

Ciudad	Día	Mes	Año

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° DE COLEGIO MEDICO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA	FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO	FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD