

## ANEXO III -LISTADO DE CONTROL POR TIPO DE DISCAPACIDAD



### TRÁMITE DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

#### - Listado de Control - Discapacidad Motora-

#### REQUISITOS GENERALES

**a-Certificado Original Expedido por médico especialista**

En el certificado se deja constancia de:

\*Diagnóstico y estado actual

\*Alternativas de tratamiento (en caso de corresponder)

\*Fecha, firma y sello del médico especialista


**b-Documento/CI/Libreta de enrolamiento/Libreta Cívica**

\*Muestra original

\*Entrega fotocopia


**c-**En caso de renovación del Certificado de Discapacidad, adjunta el certificado vencido.

--

**d-**En caso de tener cobertura (Obra Social/prepaga), adjunta:

\*Fotocopia de la primera y segunda hoja del DNI del paciente

\*Fotocopia del último recibo de sueldo si el paciente trabaja, si no trabaja, de quien lo tenga a cargo

\*Fotocopia del carnet de Obra Social del paciente

--


#### REQUISITOS ESPECÍFICOS

Estudios médicos complementarios según patología -marcar el que se adjunta-:

Radiografía

Electromiograma

Tomografía Computada

Resonancia Nuclear Magnética

Otro (especificar)
