



GOBIERNO DE LA CIUDAD  
DE BUENOS AIRES  
" MINISTERIO DE SALUD "

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**REQUISITOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD MENTAL.**

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 de la Comisión de Rehabilitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres	
DNI/LE/LC	

**MENTAL**

**1 - DSM IV – EVALUACION MULTIAXIAL**

Eje I:	
Eje II:	
Eje III:	
Eje IV:	
Eje V:	

**2 - CARACTERISTICAS CONDUCTUALES:**

Peligrosidad para si o para terceros:

SI	NO
----	----

Es Golpeador/a:

	SI	NO
--	----	----



G O B I E R N O   D E   L A   C I U D A D  
D E   B U E N O S   A I R E S  
" M I N I S T E R I O   D E   S A L U D "

**3 - TRATAMIENTO QUE RECIBE:**

PSICOFARMACOLOGICO	PSICOTERAPEUTICO	REHABILITATORIO

**4 – SOCIAL**

Comportamiento con sus pares	Bueno	
	Regular	
	Malo	

Comportamiento con las personas que lo asisten	Bueno	
	Regular	
	Malo	

**5 – ESCOLARIDAD**

Primaria	
Secundaria	
Otros Estudios	
Escuela especial	

Lee y Escribe

Si	
No	
Parcial	

**6 - LABORAL**

Talleres Protegidos	
Trabajo Independiente	
Trabajo Recreativo	
Tareas Simples	



G O B I E R N O   D E   L A   C I U D A D  
D E   B U E N O S   A I R E S  
" M I N I S T E R I O   D E   S A L U D "

**7 - COEFICIENTE INTELECTUAL**

Fotocopia de Test Administrado

**8 - PATOLOGIAS CLINICAS NEUROLOGICA ASOCIADAS**

...../...../.....  
Fecha

.....  
Firma y sello del/la Médico/a actuante