



COMISION NACIONAL HONORARIA DEL DISCAPACITADO

Registro Nacional de Personas con Discapacidad
Ficha a ser llenada por el médico tratante

Nombre: _____

Apellido: _____

C.I.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

1) Diagnóstico: _____

2) Evolución:

Estable

Progresiva

Por empujes

3) Valoración de la discapacidad:

**A: Enfermedad mental y/o retraso mental
(En retraso mental adjuntar coeficiente intelectual)**

A1) Aprendizaje curricular: Normal Con dificultad Imposible

A2) Alteraciones del Lenguaje: (especificar):

A3) Actividades de la Vida Diaria (autocuidado, Alimentación y vestido):

Independiente

Dependiente moderado

Dependiente total

A4) Actividad laboral: Común Protegida Imposible

A5) Descompensaciones:

Frecuencia: _____

Severidad: _____
