

## INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON MIASTENIA GRAVIS

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria en caso de requerirlo.

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

**1. ESPECIFICAR TIPO DE MIASTENIA GRAVIS:**

**2. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

**3. TRATAMIENTOS RECIBIDOS (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).**

<b>ESQUEMA DE TTO N°1</b>	<b>ESQUEMA DE TTO N°2</b>	<b>ESQUEMA DE TTO N°3</b>

---

**Ministerio de Salud**

**Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad**

**1° Circunscripción:** Dr. Zavalla 3371 - 2° Piso (S3000GVW) **Santa Fe** 0342 - 4572481, 83, 84, 85  
discapacidad@santafe.gov.ar

**2° Circunscripción:** 9 de Julio 325 (S2000BNG) **Rosario** 0341 - 4721164, 65 y 0800-888-3588  
discapacidadrosario@santafe.gov.ar

| [www.santafe.gob.ar](http://www.santafe.gob.ar)

