

## INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL

Deberá ser completada por el médico tratante con letra clara y en forma completa. La misma tiene carácter de declaración jurada.

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

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

**1. DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:**

**2. AÑO DE COMIENZO DE LA PATOLOGÍA:**

**3. TRATAMIENTOS REALIZADOS (médicos, quirúrgicos y de rehabilitación)**

**4. ALTERACIÓN EN LAS FUNCIONES CARDIO-RESPIRATORIAS:**

**NO / SI (especificar)**

**5. TIPO DE MARCHA:**

---

**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)

**6. TROFISMO MUSCULAR:**

**7. EN CASO DE ESCOLIOSIS: MEDICIÓN DE ÁNGULO DE COBB Y DEL ÍNDICE DE MOE Y NASH:**

**8. ADJUNTAR RADIOGRAFÍA, RMN O TAC CON INFORME DE LAS ZONAS AFECTADAS**

FECHA: ...../...../.....

.....

**Firma y sello del médico tratante.**

---

**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)