

# 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:**

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.



Agencia  
Nacional de  
Discapacidad

*primero  
la gente*