

Nº

La evaluación debe realizarse con el evaluado exento de ayudas biomecánicas y técnicas. Tachar los espacios que no utilicen

CENTRO HOSPITALARIO **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD																
M	F	Años		DNI		Otro:														
		Meses																		

1. DIAGNOSTICO DE DAÑO **CIE** **2. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO** **CIE**

3. DEFICIENCIAS Deficiencia ausente = 0 Deficiencia presente = 1

Intelectuales	<input type="checkbox"/>	De la visión	<input type="checkbox"/>
Otras deficiencias psicológicas	<input type="checkbox"/>	Viscerales y otras funciones especiales	<input type="checkbox"/>
Del lenguaje	<input type="checkbox"/>	Músculo esqueléticas	<input type="checkbox"/>
De la audición	<input type="checkbox"/>	Generalizadas, sensitivas y otras	<input type="checkbox"/>

3.1 - TIEMPO DE DEFICIENCIA

Años	Meses	¿Existe fuente de verificación?		No puede precisarse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. LIMITACIONES

4.1 GRAVEDAD

De la conducta	<input type="checkbox"/>	0 Sin limitación
De la comunicación	<input type="checkbox"/>	1 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas.
Del cuidado personal	<input type="checkbox"/>	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas.
De la locomoción	<input type="checkbox"/>	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona.
De la disposición corporal	<input type="checkbox"/>	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo.
De la destreza	<input type="checkbox"/>	5 La persona requiere además de una ayuda o dispositivo que le permita asistir.
De situación	<input type="checkbox"/>	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal.

5. OCUPACION HABITUAL Según clasificación de la OIT

¿Existe fuente de verificación?

No Sí:

6. POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL

- 1. Puede estudiar en centros de estudios regulares
- 2. Puede estudiar sólo en centros de capacitación técnica
- 3. Puede estudiar en centros educativos especiales
- 4. No puede estudiar
- 5. No aplicable

7. POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL

- 1. Puede trabajar en su labor habitual
- 2. Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones
- 3. No puede trabajar en su labor habitual pero sí en otra
- 4. No puede trabajar
- 5. No aplicable

8. REQUERIMIENTO DE AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES: No requiere = 0, Requiere ayudas = 1

Para terapia y mantenimiento médico básico	<input type="checkbox"/>	Para asearse, vestirse y comer	<input type="checkbox"/>
Para marcha y transporte	<input type="checkbox"/>	Para efectos estéticos o cosméticos	<input type="checkbox"/>
Para comunicación, información y señalización	<input type="checkbox"/>	Dependiente de otra persona	<input type="checkbox"/>

9. MENOSCABO

10. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene validez de, luego del cual el interesado debe ser reevaluado

LUGAR Y FECHA DE EMISION

Ciudad	Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HUELLA DIGITAL DEL INDICE ERECHO DEL EVALUADO

--

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	Nº DE COLEGIO MEDICO
---	-----------------------------

Firma y Sello del Médico que certifica	Jefe inmediato superior	Director General de la Entidad
---	--------------------------------	---------------------------------------

--	--	--

Nota: Este certificado no es válido para trámites de invalidez que dispone el D.S. Nº 166-2005-EF.