**PLANILLA DE EVALUACION DE PERSONAS CON PATOLOGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL**

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Traumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombre** |  |
| **DNI** |  |

**1-Diagnóstico principal**

.........................................................................................................

**2-Diagnóstico secundario**

.........................................................................................................

**3-Año de comienzo de la patología**:.............................................................

**4-Tratamientos realizados (médicos y quirúrgicos)**

.........................................................................................................

.........................................................................................................

**5-Tratamiento rehabilitador aplicado (indicar fecha de comienzo)**

.........................................................................................................

.........................................................................................................

**6-Alteración en las funciones cardio-respiratorias**

.........................................................................................................

.........................................................................................................

**7-Tipo de marcha**

.........................................................................................................

**8-Tropismo muscular**

.........................................................................................................

**9-En caso de escoliosis: medición de ángulo de COBB y del índice de MOE y NASH**

.........................................................................................................

.........................................................................................................

**Estudios e informes**.

Todos los estudios deben ser presentados en original y fotocopia al momento de ser evaluada la persona

**1-Adjuntar Radiografía de las zonas afectadas con INFORME**

**2-Adjuntar RMN con INFORME**

|  |
| --- |
| **………………………………………………**  **Firma y sello del médico actuante.** |

**3-Adjuntar TAC con INFORME**

**4-Adjuntar EMG con INFORME**

**Fecha:**...../......../........