



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
 Tucumán 1946 - 3300 - Posadas - Misiones - TE: 0752-27519

Formulario P-V

**TESTIMONIO MEDICO PARA LA RECEPCION DE ASIGNACIONES
 FAMILIARES POR HIJO CON DISCAPACIDAD**

Art. 2° Ley 22431: "A los efectos de esta ley, se considera discapacidad a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral."

Art. 8° Ley 24714: Asignación Familiar por hijo con discapacidad: "... a los efectos de esta ley se entiende por discapacidad la definida por la ley 22431 Art. 2°".-

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		
	TIPO	N	DIA	MES	AÑO

INFORME MEDICO: debe ser escrito a máquina o con letra tipo imprenta **NO** debe presentar tachaduras ni enmiendas sin ser salvadas por el profesional actualmente.-

Diagnóstico:

.....

Fecha inicio de la enfermedad:

Exámenes Complementarios:

.....

Pronóstico:

.....

DESCRIPCION DE LA INCAPACIDAD				APTITUD LABORAL		
AFECCION	TRANSITORIA		PERMANENTE	Afección	Discapacitante	Incapacitante
	%	Tiempo Estimado	%			
Parcial				Actualmente		
Total				En el Futuro		

Observaciones:

.....

.....

Lugar y Fecha:,/...../.....-

Hospital:

Salud Pública de la Provincia de Misiones

.....
**Firma y Sello Médico del
 Servicio Provincial de
 Salud Pública**



INFORME AUTORIDAD SALUD PUBLICA NACIONAL / PROVINCIAL:

En base a la información que antecede y a los exámenes realizados, se considera al Paciente :

..... DISCAPACIDAD en los términos del Art. 2° de la Ley 22431.-

Valides del Certificado:

Permanente.-

Transitorio hasta el: ____/____/____.-

(Tachar lo que no corresponda)

.....
() Firma y Sello del Funcionario*

(*) Firmas Autorizadas:

- *Médico Jefe Reconocimientos Médicos de la Nación.*
- *Jefe Servicios Médicos de Salud Pública Provincial*
- *Director Hospital Provincial*