



**Registro Nacional de Personas con Discapacidad del Ministerio de
Desarrollo Social. Ley 19.924 (art.486)**

Formulario para equipo de salud ¹

Nombres: _____

Apellidos: _____

CI: _____ **FN:** _____

Diagnóstico/s vinculado/s a la discapacidad:

Marque con cual/es tipo/s de discapacidad está vinculado el diagnóstico:

- Discapacidad Físico-motora _____
- Sensorial visual ____ auditiva ____
- Intelectual ____
- Psicosocial (mental) ____

(Puede seleccionar más de una opción)

¹ Este formulario debe ser completado por el equipo de salud tratante de la persona, especialmente por aquellas/os profesionales especialistas en la deficiencia que ésta presenta.



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

DISCAPACIDAD FÍSICO-MOTORA: SI / NO

(Si corresponde, completar y adjuntar estudios médicos):

Año de diagnóstico: _____

Evolución: Estable / Por empuje / Progresivo

¿Ha requerido internaciones? SI / NO

Internaciones (frecuencia, motivo principal, duración):

Fecha última internación:

Alteraciones a nivel de miembros superiores:

Alteraciones a nivel de miembros inferiores:



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

Utiliza productos de apoyo (conocidos como ayudas técnicas): SI / NO

¿Cuál/es?: _____

Necesita productos de apoyo: SI / NO

¿Cuál/es?: _____

Tratamiento farmacológico: SI / NO

Grupo: _____

Rehabilitación (tipo / duración):

Rehabilitación en la actualidad: SI / NO

¿Cuál/es?: _____



DISCAPACIDAD SENSORIAL: SI / NO

- **Alteraciones visuales:** SI / NO

(Si corresponde, adjuntar estudio/s e interpretación)

- Agudeza visual con corrección (AVCC): OD / OI
-

- Campo visual (especificar alteración):
-

¿Ha recibido rehabilitación visual?: SI / NO **¿Culminó el proceso?** SI / NO

¿Recibe en la actualidad rehabilitación visual?: SI / NO

- **Alteraciones auditivas:** SI / NO

(Si corresponde, adjuntar audiograma e interpretación, especificar si fue realizado con o sin audífonos)

- Utiliza audífonos: SI / NO
- Presenta implante coclear: SI / NO
- Alteraciones en el equilibrio: SI / NO



ALTERACIONES DE OTROS APARATOS O SISTEMAS: SI / NO

(Si corresponde, adjuntar estudios e interpretación)

Diagnóstico/s:

Año (especificar por diagnóstico):

Evolución: Estable / Por empuje / Progresivo

Internaciones (frecuencia, motivo principal, duración):

Fecha última internación: _____

Tratamiento / Rehabilitación:



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

DISCAPACIDAD INTELECTUAL: SI / NO

(Adjuntar informe con evaluación psicodiagnóstica y/o informe de médico tratante).

Coeficiente Intelectual Total (CI): _____ **Año de realización:** _____

Grado: Límite / Leve / Moderado / Grave

Tratamiento farmacológico: SI / NO

¿Adherencia al tratamiento? SI / NO

Grupo farmacológico:



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL (MENTAL): SI / NO

(Adjuntar informe de médico psiquiatra de referencia).

Año de diagnóstico: _____

Descompensaciones: SI / NO

Frecuencia _____

Internaciones _____

Última descompensación _____

Tratamiento farmacológico: SI / NO

¿Adherencia al tratamiento? SI / NO

Grupo farmacológico: _____

Tratamiento psicoterapéutico: SI / NO

¿Concurre a centro de rehabilitación? SI / NO



Tipo de rehabilitación que recibe:

Otros datos a destacar:

Firma del profesional /sello:	
Aclaración:	
Contacto (telefónico o correo electrónico):	
FECHA:	

Ante cualquier consulta, comunicarse a los siguientes contactos:

- E-mail: registrodiscapacidad@mides.gub.uy
- Teléfono: 24000302 internos 1453 - 3174