

Resolución 675/2009

Apruébanse el Modelo Unico de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad.

Bs. As., 12/5/2009

VISTO el expediente N° 1-2002-4300000368/09-1 del Registro del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, Organismo descentralizado que funciona en la órbita de este MINISTERIO DE SALUD, las leyes N° 22.431, 24.901 y 26.378, los Decretos N° 762/1997, 1193/1998 y 106/2005; y,

CONSIDERANDO:

Que por la Ley N° 22.431 se instituye un sistema de protección integral a favor de las personas con discapacidad, con el propósito de asegurarles su atención médica, su educación y su integración social, entre otros.

Que el artículo 3° de la Ley 22.431, modificado por la Ley N° 25.504, establece que el MINISTERIO DE SALUD de la NACION certificará, en cada caso, la existencia de la discapacidad.

Que el aludido Certificado Unico de Discapacidad acredita plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional y en todos los supuestos en que sea necesario invocarla.

Que el precitado artículo otorga idéntica validez en cuanto a sus efectos a los certificados emitidos por las provincias adheridas a la Ley 24.901.

Que, por su parte, la Ley N° 24.901 establece un sistema unificado de prestaciones básicas en habilitación, y rehabilitación integral a favor de las Personas con Discapacidad con el objeto de brindarles una cobertura integral de sus necesidades y requerimientos especiales a través de acciones de prevención, asistencia, promoción y protección.

Que el artículo 10 de la Ley N° 24.901 establece que a los efectos de la mencionada ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3° de la Ley N° 22.431 y por leyes provinciales análogas.

Que este MINISTERIO DE SALUD de la NACION, es la autoridad encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de discapacidad (art. 10° Dto. N° 1193/1998).

Que, por otra parte, en virtud de lo establecido en el Decreto N° 762/1997 el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION es el Organismo responsable del Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Que el mencionado Registro tiene por objeto registrar a las personas con discapacidad, una vez que se les haya otorgado el respectivo certificado.

Que, en consecuencia, resulta necesaria la adopción de criterios uniformes en la evaluación y certificación de la discapacidad a nivel nacional.

Que la República Argentina adhirió a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada por la Organización Mundial de la Salud, para la evaluación y certificación de la discapacidad en las respectivas jurisdicciones.

Que la precitada Clasificación es la herramienta vigente a nivel internacional aplicable a la evaluación y certificación de la discapacidad.

Que los miembros provinciales que conforman la Comisión de Salud del Consejo Federal de Discapacidad, mediante acta acuerdo de 28 de noviembre de 2008, se comprometieron a la implementación de un nuevo Protocolo de valoración de la discapacidad, actualizando las herramientas de evaluación acorde a los compromisos asumidos por el país.

Que los criterios técnicos adoptados para la confección del citado Protocolo surgen de la aplicación de los principios consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Ley N° 26.378 y ratificada por el Poder Ejecutivo en fecha 2 de septiembre de 2008.

Que por Actas Acuerdo entre el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION y representantes de las Provincias ante el CONSEJO PROVINCIAL DE DISCAPACIDAD, se asumió el compromiso de elaborar un plan de trabajo y acción con la finalidad de implementar la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Que ha tomado la intervención de su competencia la Dirección General de Asuntos Jurídicos.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

LA MINISTRA DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébase el Modelo de Certificado único de Discapacidad a que se refiere el artículo 3° de la Ley N° 22.431 (modificado por la Ley N° 25.504) y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad que como ANEXO forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

María G. Ocaña.

CERTIFICADO N°:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO Y NRO DOC.:

N° CUIT/CUIL:

F/NACIMIENTO:

DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES:

ESTRUCTURAS CORPORALES:

ACTIVIDAD - PARTICIPACION:

FACTORES AMBIENTALES:

ORIENTACION PRESTACIONAL:

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el:

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboral.

ACOMPAÑANTE:

"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante."

Acompañante:

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Lugar:

Fecha emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

PROFESIONAL

PROFESIONAL

PROFESIONAL

Firma y sello

Firma y sello

Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado
consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		 CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD		
		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		
APELLIDO		FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPANANTE
NOMBRES		PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIPO/NRO DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO			
EMITIDO POR				

PROTOCOLO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Ley N°

EXPEDIDO POR:				
<i>Junta Evaluadora:</i>			<i>Código de Junta:</i>	

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:										
T / p o	DNI	L.E.	L.C.	C.I.	PAS.	<i>Número:</i>				
<i>Policía:</i>		<i>País:</i>								

1. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO - CIE - 10	
<i>Diagnóstico Etiológico</i>	<i>Código CIE-10</i>

<i>¿Existe fuente de Verificación?</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<i>Marcar con una cruz, lo que corresponda</i>				
Certificado Médico	<input type="checkbox"/>	Resumen H. Clínica	<input type="checkbox"/>	Hist. Clínica	<input type="checkbox"/>	Est. Complementarios	<input type="checkbox"/>

2. FECHA DE INICIACIÓN DEL DAÑO					
Mes (mm)			Año (aaaa)		

3. EQUIPAMIENTO							
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Ortesis	<input type="checkbox"/>	Andadores	<input type="checkbox"/>	Prótesis	<input type="checkbox"/>
Bastones	<input type="checkbox"/>	Ayudas Ópticas	<input type="checkbox"/>	Audifono	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

4. EDUCACIÓN						
<i>Marcar con una cruz lo que corresponda</i>		Niveles Educativos	Completo	Incompleto		Adaptación Curricular
				Concurre	Concurrió	
Alfabetizado	Si <input type="checkbox"/>	Nivel Inicial				
Analfabeto	Si <input type="checkbox"/>	Nivel Primario / EGB 1 y 2				
Analfabeto Instrumental	Si <input type="checkbox"/>	Nivel Secundario / EGB 3 y Polimodal				
No aplicable	Si <input type="checkbox"/>	Nivel Terciario / Universitario				

	Concurre	Concurrió	Nunca concurre
Educación no Formal			
Escuela Especial			

Completar con: A - Educación antes del daño,
D - Educación después del daño,
AD - Educación antes y después del daño

5. ASPECTO HABITACIONAL

Vive solo <input type="checkbox"/>	VIVIENDA		ACCESIBILIDAD	
Vive acompañado <input type="checkbox"/>	Con infraestructura básica (Servicios) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cantidad de cuartos de la vivienda <input type="text"/>	Medios de Transporte	
Internado <input type="checkbox"/>	Vivienda adaptada a la situación de la persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Menos de 300 metros <input type="checkbox"/>	Más de 300 metros <input type="checkbox"/>
			Estado de calles	
			Pavimento <input type="checkbox"/>	Mejorado <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/>

6. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

VINCULO	Hijo <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Hermano <input type="checkbox"/>	Otros Familiares <input type="checkbox"/>
	Conyuge <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuelos <input type="checkbox"/>	Otros no Familiares <input type="checkbox"/>

7.1 FUNCIONES CORPORALES

	N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C		N1	N2	N3	N4	C	
Funciones mentales (b110 a b199)	b1					•	b1					•	b1					•
Funciones sensoriales y dolor (b210 a b299)	b2					•	b2					•	b2					•
Funciones de la voz y el habla (b310 a b399)	b3					•	b3					•	b3					•
Funciones de los sistemas cardiov., Hemat. Inmunol. y respiratorio (b410 a b499)	b4					•	b4					•	b4					•
Funciones de los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (b510 a b599)	b5					•	b5					•	b5					•
Funciones genitourinarias reproductivas (b610 a b699)	b6					•	b6					•	b6					•
Funciones neuro-musculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento (b710 a b799)	b7					•	b7					•	b7					•
Funciones de la piel y estructuras relacionadas (b810 a b899)	b8					•	b8					•	b8					•

7.2 ESTRUCTURAS CORPORALES

	N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C	C	
Estructura del sistema nervioso (s110 a s199)	s1							•	s1							•	s1							•
El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210 a s299)	s2							•	s2							•	s2							•
Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310 a s399)	s3							•	s3							•	s3							•
Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio (s410 a s499)	s4							•	s4							•	s4							•
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos, metabólico y endocrino (s510 a s599)	s5							•	s5							•	s5							•
Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor (s610 a s699)	s6							•	s6							•	s6							•
Estructuras relacionadas con el movimiento (s710 a s799)	s7							•	s7							•	s7							•
Piel y estructuras relacionadas (s810 a s899)	s8							•	s8							•	s8							•

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

12. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL

REHABILITACIÓN		CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO		FORMACIÓN LABORAL Y/O PROFESIONAL		PEQUEÑO HOGAR	
HOSPITAL DE DÍA		ESTIMULACIÓN TEMPRANA		HOGAR		TRANSPORTE	
CENTRO DE DÍA		PRESTACIONES EDUCATIVAS		RESIDENCIA			

13. ACOMPAÑANTE

LEY 23.876 Art. 1º El pase cubre acompañante

SI

NO

14. VALIDEZ DEL CERTIFICADO

Este documento tiene validez por un período de

<i>Año</i>	<i>Mes</i>

luego del cual el interesado debe ser reevaluado

15. LUGAR Y FECHA DE EMISION

--

Ciudad

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	

*Día**Mes**Año*

PROFESIONAL

PROFESIONAL

PROFESIONAL

*Firma y sello**Firma y sello**Firma y sello*