

ANEXO III

COMISIÓN CONSULTORA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

- Art. 1º.- La Comisión Consultora de Medicina Física y Rehabilitación, como Comisión Consultora "Ad-Hoc" del Ministerio de Salud, estará integrada por un total de cinco (5) miembros, tres (3) en carácter de Titulares y dos (2) en carácter de Suplentes.
- Art. 2º.- La Coordinadora de la Comisión Consultora nominará a los profesionales Titulares y Suplentes que integrarán dicha Comisión, proveniente de los Hospitales Generales de Agudos "José María Penna" y "Parmenio Piñero", Instituto de Rehabilitación Psicosfísico, Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca", Hospital Oftalmológico "Santa Lucía" y Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear", conforme las especificidades de los temas que considere dicho Ente
- Art. 3º.- Ampliarse las funciones de la Comisión Consultora de Medicina Física y Rehabilitación, establecidas en la Resolución N° 185-SSPyMA-984 (B.M.N° 17.356), en las siguientes:
- 3.1) Propiciar el dictado de las normas operativas para el otorgamiento de los Certificados de Discapacidad.
 - 3.2) Asesorar a las Juntas Evaluadoras que se constituyan en los Establecimientos Asistenciales.
 - 3.3) Recepcionar y distribuir los Certificados de Discapacidad a cada establecimiento.
 - 3.4) Propiciar la capacitación del recurso humano a efectos de integrar en los futuros efectores, las respectivas Juntas Evaluadoras.
 - 3.5) Recepcionar mensualmente los informes que eleven los Establecimientos Asistenciales
 - 3.6) Elevar al Titular del Ministerio de Salud, la estadísticas anual de Certificados de Discapacidad emitidos por los Establecimientos Asistenciales.
 - 3.7) Emitir informes técnicos, en relación a situaciones que deban ser resueltas por el Ministerio en lo que resulte materia de su competencia.
 - 3.8.) Propiciar la capacitación permanente en relación a todo recurso humano afectado a la actividad.



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD - LEY 22431

Hospital Serie

N°

Los abajo firmantes certifican la discapacidad de la persona cuyos datos se detallan a continuación

APELLIDO Y NOMBRE:	
D.N.I. / LE / LC / CI / PAS.:	
Fecha de Nacimiento:/...../.....	CUIT / CUIL:
Nacionalidad:	
Domicilio Actual:	

DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL

Deficiencia:

Discapacidad:

Minusvalía:

Fecha de Emisión del presente:/...../.....

Validez del Certificado: Valido hasta/...../.....

Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante SI - NO (tachar lo que no corresponda)

De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuerdo con el Art. 3 de la Ley 22.431

.....
Firma Miembro Junta
y aclaración

.....
Firma Miembro Junta
y aclaración

.....
Firma Director
Establecimiento

NOMENCLADOR DE SOPORTES DE INFORMACION ADMINISTRATIVA Y USO ESPECIFICO

Nº HOJA

MINISTERIO: SALUD (III)

G.C.B.A. REPARTICION: D.G. ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD - ADJUNTA HOSPITALES CODIGO: 015/G (generales)

[illegible]

Presentación: 1: Sueldo 2: Juego 3: Block 4: Talonario 5: Libro, Libreta, Cuadernillo 6: Faja

C-9218