



Ministerio de Salud

SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Resolución 558/2016

Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Modificación.

Bs. As., 02/05/2016

VISTO el expediente N° 1-2002-4300021209/15-5 del registro del SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN las Leyes Nros. 22.431 del 20 de marzo de 1981 y 24.901 del 5 de diciembre de 1997; los Decretos Nros. 762 del 14 de agosto de 1997, 1193 del 14 de octubre de 1998 y 627 del 5 de mayo de 2010 y la Resolución N° 675 del MINISTERIO DE SALUD del 12 de mayo de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 3° de la Ley N° 22.431, en su parte pertinente, establece que el MINISTERIO DE SALUD certificará, en cada caso, la existencia de la discapacidad y que el certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Que el artículo 10 de la Ley N° 24.901 determina 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 el artículo 4° del Decreto N° 762/1997 dispone que el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (SNR), organismo descentralizado de este Ministerio, resulta responsable del REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD cuya finalidad es registrar a quienes poseen el CUD.

Que el artículo 10 del Anexo I del Decreto N° 1193/98 determina que el certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación del beneficiario por un equipo Interdisciplinario que se constituirá a tal fin y comprenderá el diagnóstico funcional y la orientación prestacional, información que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Que, además, en el mencionado Registro se consignan los datos obtenidos por la Junta Evaluadora Interdisciplinaria al completar, al momento de la evaluación de quien solicita un CUD, el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad aprobado a través de la Resolución N° 675/2009 de este Ministerio.

Que en atención a la incorporación en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de nuevas categorías en infancia y adolescencia, y las modificaciones en la normativas dictadas por el SNR que establecen los criterios de valoración de la discapacidad, resulta necesario proceder a la modificación del citado Protocolo de Evaluación y Certificación de la



Discapacidad.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

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

Por ello,

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1° — Modifícase el PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD que fuera aprobado mediante Resolución N° 675 del MINISTERIO DE SALUD del 12 de mayo de 2009, cuyo modelo como ANEXO I forma parte integrante de la presente.

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

ANEXO I
PROTOCOLO DE EVALUACION Y CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

EXPEDIDO POR:																									
<i>Junta Evaluadora:</i>	<i>Código de Junta:</i>																								
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:																									
<table border="1"> <tr> <td>T</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>I</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>P</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>O</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	T						I						P						O						<i>Número:</i>
T																									
I																									
P																									
O																									
<i>Policia:</i>	<i>País:</i>																								
1. CONDICIÓN DE SALUD (Secuela y etiología)																									
	<i>Código CIE-10</i>																								



Fuente de Verificación <i>Marcar con una cruz la que corresponda</i>			
Cert. Médico <input type="checkbox"/>	Resumen H. Clínica <input type="checkbox"/>	Est. Complementarios <input type="checkbox"/>	Informes <input type="checkbox"/>

2. FECHA DE INICIACION DEL DAÑO			
Mes (mm)	<input type="text"/>	Año (aaaa)	<input type="text"/>

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"/>	Audífono <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

4. EDUCACIÓN								
Marcar con X lo que corresponda		Niveles Educativos	Completo	Incompleto		Adaptación Curricular	Con Integración	Escuela Especial
				Concurre	Concurrió			
Afabetizado	SI <input type="checkbox"/>	Inicial						
Analfabeto	SI <input type="checkbox"/>	Primaria						
Analfabeto Instrumental	SI <input type="checkbox"/>	Secundaria						
No aplicable	SI <input type="checkbox"/>	Superior Terciaria						
		Superior Universitaria						
<i>Completar con: A - Educación antes del daño, B - Educación después del daño, C - Educación antes y después del daño</i>					<i>Completar con: CRLE</i>			

5. ASPECTO HABITACIONAL			
Vive solo <input type="checkbox"/>	VIVIENDA		ACCESIBILIDAD
Vive acompañado <input type="checkbox"/>	Con infraestructura básica (Servicios) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Menos de 300 metros <input type="checkbox"/> Más de 300 metros <input type="checkbox"/>
Situación de Calle <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"/>
	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuelo <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 cardiovascular, 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				•		





8. ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN																						
	N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C		
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110 a d155)	d1							d1							d1							
Tareas y demandas generales (d210 a d299)	d2							d2							d2							
Comunicación (d310 a d399)	d3							d3							d3							
Movilidad, locomoción, disposición del cuerpo, destreza (d410 a d499)	d4							d4							d4							
Autoridad (d510 a d599)	d5							d5							d5							
Vida doméstica (d610 a d699)	d6							d6							d6							
Interacciones y demandas interpersonales (d710 a d799)	d7							d7							d7							
Áreas principales de la vida diaria (d810 a d899)	d8							d8							d8							
Vida comunitaria, social y cívica (d910 a d999)	d9							d9							d9							

9. FACTORES AMBIENTALES																						
	N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C		N1	N2	N3	N4	C	C		
Productos y Tecnología (e110 a e199)	e1							e1							e1							
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (e210 a e299)	e2							e2							e2							
Apoyo y relaciones (e310 a e399)	e3							e3							e3							
Actividades (e410 a e499)	e4							e4							e4							
Servicios, sistemas y políticas (e510 a e599)	e5							e5							e5							

10. TIPO DE DISCAPACIDAD			
Física Motora	<input type="checkbox"/>	Física Visceral	<input type="checkbox"/>
Mental	<input type="checkbox"/>	Intelectual	<input type="checkbox"/>
Sensorial Auditiva	<input type="checkbox"/>	Sensorial Visual	<input type="checkbox"/>

11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES



11. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	

12. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL (LEY 24.901)					
ESTIMULACIÓN TEMPRANA		CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO		hogar:	
PRESTACIONES EDUCATIVAS (INICIAL/EG8)		CENTRO DE DÍA		RESIDENCIA	
FORMACIÓN/APRESTAMIENTO LABORAL Y/O PROFESIONAL		PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN		PEQUEÑO HOGAR	
SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR		CENTRO DE REHABILITACIÓN PERS. DISCAPACIDAD VISUAL		ASISTENCIA DOMICILIARIA	
				TRANSPORTE	

13. ACOMPAÑANTE	
La franquicia es extensiva a un acompañante (art. 22 inciso a, Ley 22.431)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

14. VALIDEZ DEL CERTIFICADO					
Este documento tiene validez por un período de	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td>Mes</td> </tr> </table>			Año	Mes
Año	Mes				
	luego del cual el interesado debe ser reevaluado				

15. LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN										
<table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td colspan="2">Año</td> </tr> </table>					Día	Mes	Año	
Día	Mes	Año								
Ciudad										

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello

Fecha de publicacion: 06/05/2016

