



### CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y fecha .....de .../.../.....

Sr/Sra. Director/a del Hospital/ responsable del establecimiento/ profesional médico de la Agencia Nacional de Discapacidad .....  
( Nacional / Provincial / Municipal )  
S\_ / \_D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitar se de cumplimiento al cuestionario que obra al dorso de la presente, referido a:

DATOS PERSONALES			
<b>Apellido/s:</b>	<b>Nombre/s:</b>	<b>Edad:</b>	
DNI / L.E / L.C			
VIVE/RESIDE			
<b>Calle/Ruta/Manzana:</b>	<b>Nro:</b>	<b>Piso/M Block Nro.:</b>	<b>Depto:</b>
Entre calle/Ruta/Manzana:..... y Calle/Ruta/Manzana:.....			
<b>Barrio:</b>		<b>Localidad:</b>	
<b>Código postal:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>País:</b>	
RESIDENCIA ALTERNATIVA			
<b>Nombre de la institución/hogar/parador:</b>			
Sala.....Piso.....Cama Nro.....Unidad/servicio.....Nro.....			
Calle.....Nro.....Piso.....Depto.....Entre calle ..... y			
Calle.....Barrio.....Localidad.....			
C.P.....Te/.....Partido/Departamento.....Provincia.....			
otros.....			

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión No Contributiva por Invalidez instituida en el Art. 9 de la Ley Nro. 13.478 interpuesta ante la Dirección Nacional de Apoyos y Asignaciones Económicas de la Agencia Nacional de Discapacidad.

Saludo a usted atentamente

.....

Firma y sello

**EL TRÁMITE ES GRATUITO Y PERSONAL**

El presente tendrá vigencia por el plazo de (1) año desde su emisión/entrega, hasta su certificación por profesional competente.

Del reconocimiento médico efectuado por este servicio a:

.....  
(Apellidos y Nombres de la/el solicitante)

I. Indicar enfermedad o lesión:

.....  
II. Tipo y grado de secuelas clínicas permanentes y sin posibilidad de tratamiento:

Al presente certificado médico se adjunta:

- V Resumen de historia clínica ( )
- V Estudios complementarios respaldatorios ( )
- V Tratamiento indicado ( )

III. Indicar patologías secundarias a la enfermedad o lesión, en caso de presentarlos:

Otras observaciones a considerar:

a.- El/la solicitante cuenta con acceso al sistema de salud en su lugar de residencia? (centro médico, profesional especialista para su consulta y/o tratamiento médico)? SI  NO

.....  
b.- ¿El/la solicitante, en su opinión, cuenta con medios para el acceso al tratamiento para su enfermedad? SI  NO   
En caso de haber discontinuado su atención o tratamiento, indicar las causas:

.....  
¿Considera que la patología influye en el desarrollo del solicitante, considerando su contexto?

SI  NO

En caso afirmativo, aclarar de qué manera:

Lugar y fecha ..... de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

.....  
Firma y sello del/ la profesional médico/a actuante

.....  
Firma y sello Director/a del hospital / Responsable del establecimiento

.....  
Sello del Hospital

EL TRÁMITE ES GRATUITO Y PERSONAL



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** FORMULARIO CERTIFICADO MEDICO OFICIAL -EX-2023-04838061-APN-DNAYAE#AND

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.