



Resolución Ministerial

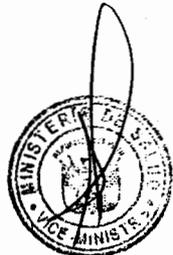
Lima, 15 de MARZO del 2006



P. Mazzotti S.

Visto el Expediente N° 06-013576-001, que contiene el MEMORÁNDUM N° 539-2006-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:



J.C. Del Carmen S.

Que, por Resolución Ministerial N° 1014-2004/MINSA, se aprobó la actualización del formato del Certificado de Discapacidad;

Que, mediante Resolución Presidencial N° 039-2005-PR/CONADIS del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), se conformó una Comisión Revisora del Certificado de Discapacidad, conformada por los representantes del CONADIS, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Seguro Social de Salud (EsSalud) y la Sociedad Civil;



A.M. Holgado S.

Que, el CONADIS, se encuentra conforme con el nuevo formato del Certificado de Discapacidad, propuesto por la mencionada Comisión y, solicita su aprobación por parte del Ministerio de Salud;

Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



L.E. PODESTA G.

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;



D. Céspedes M.

SE RESUELVE:

Artículo 1° .- Aprobar el nuevo formato del Certificado de Discapacidad, el mismo que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Disponer la expedición obligatoria del citado Certificado de Discapacidad, en todos los establecimientos de salud del Sector Salud que cuenten con médicos especialistas para la atención de las personas con discapacidad.



L.E. FODESTA G.

Artículo 3°.- El médico rehabilitador y el médico cuya especialidad esté relacionada al diagnóstico de la discapacidad, están autorizados para expedir el mencionado Certificado de Discapacidad. En los lugares donde no se cuente con el médico rehabilitador, el referido Certificado de Discapacidad puede ser expedido por un médico debidamente capacitado en el tema de discapacidad.



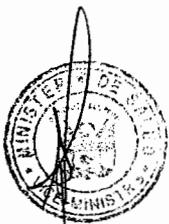
D. Céspedes M.

Artículo 4°.- El médico que certifica puede prescindir de emplear el rubro "menoscabo" que se consigna en dicho Certificado de Discapacidad, cuando no se cuente con una herramienta formal para evaluar la discapacidad.



Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 1014-2004/MINSA, de fecha 15 de octubre de 2004.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



J.C. Del Carmen S.,



[Handwritten signature]

Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

La evaluación debe realizarse con el evaluado exento de ayudas biomcánicas y técnicas. Tachar los espacios que no se utilicen.

CENTRO HOSPITALARIO

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD																
M	F	Años		DNI	Otro :															
		Meses																		

1. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	2. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE

3. DEFICIENCIAS Deficiencia ausente = 0, Deficiencia presente = 1

Intelectuales		De la visión	
Otras deficiencias psicológicas		Viscerales y otras funciones especiales	
Del lenguaje		Músculo esqueléticas	
De la audición		Generalizadas, sensitivas y otras	

3.1 TIEMPO DE DEFICIENCIA

Años Meses ¿Existe fuente de verificación?

No Sí: No puede precisarse

4. LIMITACIONES

4.1 GRAVEDAD

De la Conducta		0 Sin limitación
De la Comunicación		1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda.
Del cuidado personal		2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas.
De la locomoción		3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona.
De la disposición corporal		4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo.
De la destreza		5 La persona requiere además de una ayuda o dispositivo que le permita asistir.
De situación		6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal.



P. Macetti S.



I.C. Del Carmen S.



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



L.E. FODESTA G.

Handwritten signature

5. OCUPACION HABITUAL Según clasificación de la OIT

¿Existe fuente de verificación?
 No Sí:

6. POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL

- 1 Puede estudiar en centros de estudios regulares 3 Puede estudiar en centros educativos especiales 5 No aplicable
 2 Puede estudiar sólo en centros de capacitación técnica 4 No puede estudiar

7. POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL

- 1 Puede trabajar en su labor habitual 3 No puede trabajar en su labor habitual pero sí en otra 5 No aplicable
 2 Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones 4 No puede trabajar

8. REQUERIMIENTO DE AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES: No requiere = 0, Requiere ayudas = 1

Para terapia y mantenimiento médico básico		Para asearse, vestirse y comer	
Para marcha y transporte		Para efectos estéticos o cosméticos	
Para comunicación, información y señalización		Dependiente de otra persona	

MENOSCABO

10. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene validez de, luego del cual el interesado debe ser reevaluado.

LUGAR Y FECHA DE EMISION

Ciudad	Día	Mes	Año

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA **Nº DE COLEGIO MEDICO**

Firma y sello del médico que certifica	Jefe inmediato superior	Director General de la Entidad

Nota: Este certificado no es válido para trámites de invalidez que dispone el D.S. Nº 166-2005-EF.



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

- No se otorgará antes de 06 meses de evaluada la Discapacidad en un centro hospitalario, salvo casos congénitos o evidentes como lesiones medulares, amputaciones y similares, donde puede otorgarse una vez constatada la discapacidad.
- Tache los espacios que no utilice; anote cualquier aclaración que considere conveniente en "observaciones"
- Si lo llena a mano, use letra de molde o de "imprenta".
- Si el evaluado no presentase discapacidad, se sellará o anotará "PERSONA SIN DISCAPACIDAD" en "Observaciones y/o recomendaciones".

IDENTIFICACIÓN	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES: Como figuren en el Documento Nacional de Identidad (DNI), u otro, que debe tenerse obligatoriamente a la vista.	
SEXO: Anote X como corresponda.	
EDAD: En años y meses anotando 0 en las celdas que no utilice, v.g. dos años y dos meses = 02 02 Omita los meses en mayores de tres años y coloque por ejemplo. 06 .	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Anote X si es el DNI, si no lo es anote su denominación en el campo correspondiente. Consigne el número del documento comenzando en la primera celda.	
1 DIAGNOSTICO DE DAÑO: Utilice el CIE 10 pudiendo haber más de uno.	
2 DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO: Utilice el CIE 10, pudiendo haber más de uno.	
3 DEFICIENCIAS: Consigne 0 si la deficiencia no existe y 1 si existe, pudiendo haber más de una.	
3.1 TIEMPO DE DEFICIENCIA Si dispone de fuente de verificación, anótelo en años y meses con 0 en las celdas no usadas y anote la fuente; v.g. una historia clínica. Si no dispone de ella anote X en la celda "No", tache las celdas de años, meses y la del nombre de la fuente; anote X en "No puede precisarse". <i>Se emplea el Tiempo de Deficiencia en lugar de Tiempo de Discapacidad por ser más fácil de determinar.</i>	
4 LIMITACIONES Según criterios de la CIF; Corresponden a las Discapacidades según el CIDDM-1990	
4.1 GRAVEDAD: Anote la presencia, ausencia y gravedad de las limitaciones pudiendo haber más de una, anote los dígitos en las celdas que correspondan según los criterios de gravedad que se enuncian.	
5 OCUPACION HABITUAL Anote la ocupación en que el evaluado refiere que se desempeñaba en el momento de su lesión o daño, según la Clasificación de Ocupaciones de la Organización Internacional del Trabajo. Anote X como corresponda si no cuenta con fuente de verificación. Si existe, v.g. un certificado de trabajo, anote la ocupación habitual en el campo correspondiente.	
6 POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL Anote el dígito correspondiente, o "No aplicable" si por su edad no se espera que un niño estudie.	
7 POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL Anote el dígito correspondientes para la situación actual del evaluado. Anote "no aplicable" si no se espera que el evaluado trabaje, v.g. menores de 18 años o jubilados.	
8 REQUERIMIENTO DE AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES Anote los dígitos como correspondan, pudiendo haber más de una opción.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para terapia y mantenimiento medico básico: Como para terapia circulatoria, diálisis, electroterapia analgésica, bolsa de ostomía, prevención de úlceras por presión, protección para el cuerpo, marcapaso. ▪ Para marcha y transporte: Como bastones, andadores, sillas de ruedas, adaptaciones para vehículos. ▪ Para comunicación, información y señalización: Como ayudas ópticas, audífonos, adaptaciones para teléfonos o computadoras. ▪ Para asearse, vestirse, cocinar y comer: Como sillas para excretas, adaptaciones para utensilios, cubiertos o similares. ▪ Para efectos estéticos y cosméticos: De cualquier modalidad relacionada con la discapacidad. ▪ Dependencia de otra persona: Para cualquier requerimiento. 	
9 MENOSCABO O porcentaje de discapacidad u otra denominación, determinado según el instrumento vigente normado por el MINSa	
10 OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES Anote lo que considere pertinente, ampliatorio o aclaratorio, especialmente para deficiencias, limitaciones y para el uso de ayudas técnicas, biomecánicas y personales; o emplee el ítem para lo que no esté especificado.	
Anote según su criterio el periodo de validez del Certificado; puede ser permanente si las deficiencias y discapacidades son estables. Si considera que no lo son y requieren evaluaciones médicas de seguimiento, puede anotar el periodo que considere y consignar la irreversibilidad en "Observaciones".	

