

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

Este certificado deberá ser completado por médico especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

1- Diagnóstico principal y gravedad (clase funcional en caso que corresponda):

.....

2- Diagnóstico Secundario:

.....

3- Año de comienzo de la patología, antecedentes y tiempo de evolución:

.....

.....

4- Tratamientos Realizados (médicos y quirúrgicos):

.....

.....

5- Tratamientos farmacológicos y/o rehabilitación (Detallar los esquemas de tratamiento farmacológicos recibidos con fechas):

.....

.....

6- Estado actual y *SECUELAS* detalladas: todo lo que le afecta a la persona en particular - *NO LA DEFINICION DEL DIAGNOSTICO* - en actividad y participación de la vida diaria:

.....

.....

.....

.....

.....

7- ADJUNTAR COPIA DE INFORMES DE RX Y DE LABORATORIO QUE RESPALDEN EL DIAGNOSTICO.

FECHA:/...../.....

.....
Firma y sello del médico actuante

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

Apellido y Nombre del Paciente	
DNI	
Institución que lo asiste	
EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADO DEL FACTOR REUMATOIDEO	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA (adjuntar Rx de manos y pies del último año)	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global del paciente)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar medicación recibida, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO	

Fecha:...../...../.....

.....
Firma y sello del médico actuante.