

**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.

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

**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 LABORATORIO QUE RESPALDEN EL DIAGNOSTICO.**

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

.....  
Firma y sello del médico actuante

**PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN RENAL**

Nombre y Apellido del paciente:	
Médico especialista responsable:	
Institución que lo asiste:	

<b>DIAGNOSTICO:</b>		
<b>ETIOLOGIA:</b>		
<b>FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD:</b>		
<b>DIABETES MIELLITUS</b>	SI	NO
<b>DIALISIS</b>	SI	NO
<b>FISTULA ARTERIOVENOSA</b>	SI	NO
<b>TRASPLANTE RENAL</b>		
EN LISTA DE ESPERA	SI	NO
FUE TRASPLANTADO	SI	NO
RECHAZO DE TRASPLANTE	SI	NO
<b>COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL</b>		
TALLA EN PERCENTILO MENOR A 10	SI	NO
HIPERPARATIROIDISMO	SI	NO
OSTEODISTROFIA	SI	NO
POLINEUROPATIA MODERADA A SEVERA	SI	NO
ANEMIA CRONICA CON Hto. < 30	SI	NO

Laboratorio

<b>Examen de Laboratorio</b>	<b>Ultimo estudio</b> Fecha:	<b>Estudios anteriores</b> Fecha:
FILTRADO GLOMERULAR		
CREATININA EN SANGRE		
UREA EN SANGRE		
CALCIO EN SANGRE		
FOSFORO EN SANGRE		
HEMATOCRITO		
PROTEINURIA DE 24 HS		

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA