



PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN RENAL

Este Certificado deberá ser completado por 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 al paciente.

APELLIDO Y NOMBRES	
DNI	
INSTITUCION QUE LO ASISTE	

DIAGNOSTICO	
--------------------	--

ETIOLOGIA	
------------------	--

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD ___ / ___ / ___	DIABETES MIELLITUS	SI	NO
--	---------------------------	-----------	-----------

DIALISIS	SI	NO	FISTULA ARTERIOVENOSA	SI	NO
-----------------	-----------	-----------	------------------------------	-----------	-----------

TRANSPLANTE RENAL					
--------------------------	--	--	--	--	--

EN LISTA DE ESPRA	SI	NO			
FUE TRANSPLANTADO	SI	NO	RECHAZO TRANSPLANTE	SI	NO

COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL					
--	--	--	--	--	--

HIPERPARATIROIDISMO	SI	NO	POLINEUROPATIA	SI	NO
OSTEODISTROFIA	SI	NO	ANEMIA	SI	NO
ALTERACION DE CRECIMIENTO	SI	NO	PERICARDITIS	SI	NO

EXAMEN DE LABORATORIO	ULTIMO ESTUDIO Fecha ___ / ___ / ___	ESTUDIOS ANTERIORES 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 ACTUANTE