



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 Fecba ___ / ___ / ___		ESTUDIOS ANTERIORES Fecba ___ / ___ / ___		
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