



# **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.

APELLIDOS Y NOMBRES	
DNI/LE/LC	

<b>DIAGNÓSTICO CIE-10</b>	
---------------------------	--

<b>ETIOLOGÍA</b>	
------------------	--

**FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **DIABETES MIELITUS** **Si** **No**

TRANSPLANTE RENAL					
EN LISTA DE ESPERA	Si	No			
FUE TRANSPLANTADO	Si	No	RECHAZO TRANSPLANTE	Si	No

COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL					
HIPERPARATIROIDISMO	Si	No	POLINEUROPATHÍA	Si	No
OSTEODISTROFIA	Si	No	ANEMIA	Si	No
ALTERACIÓN DE CRECIMIENTO	Si	No	PERICARDITIS	Si	No

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO



EXAMEN DE LABORATORIO	ÚLTIMO ESTUDIO FECHA / /	ESTUDIOS ANTERIORES FECHA / /
Examen de laboratorio		
Filtrado glomerular		
Creatinina en sangre		
Urea en sangre		
Calcio en sangre		
Fósforo en sangre		
Hematocrito		
Proteinuria de 24 h.		

## **DETALLE DE SECUELAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

**FECHA**

**FIRMA Y SELLO  
DEL MÉDICO ACTUANTE**