CERTIFICADO INSUFICIENCIA RENAL

Sr./Sra:.....DNI:.....

Diagnostico específico: .....

Tiempo de evolución: .....

Complicaciones Cardiovasculares:.....

Neurológicas:..... Trombóticas: ..... Hematológicas : .....

Metabólicas: ..... Respiratorias: ..... Inmunológicas: ……..……

Diálisis: .....Trasplante: .....(Fecha): .....

Complicaciones intradiálisis: .....

Medicación Actual: .....

SI NO ESTÁ EN DIÁLISIS, traer.:

LABORATORIO (de los últimos 3 meses) Fecha: ……./……./……

Urea: …….. (mg/dL) Creatinina ……. (mg/dL)

Ionograma:**Na**: ……..……mEq/L, **K:**…….mEq/L **Cl:** ……mEq/L

Clearence de creatinina: ……..……(mL/min)

FIRMA Y SELLO
NEFRÓLOGO TRATANTE

_____/_____/_____
FECHA

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"