

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

Esta planilla debe ser completada por médico especialista en forma completa y con letra clara. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente y solicitar estudios adicionales si es necesario.

Los estudios originales, con un tiempo que no superen los 6 meses de efectuados, deberán ser presentados junto con la fotocopia de los informes.

**APELLIDO Y NOMBRE DE LA PERSONA:** ..... **D.N.I.:**.....

**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
FECHA DEL TRASPLANTE		
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 CRÓNICA CON Hto < 30	SI	NO

**LABORATORIO:**

<b>EXAMEN DE LABORATORIO</b>	<b>Último estudio Fecha:</b>	<b>Estudios anteriores Fecha:</b>
FILTRADO GLOMERULAR		
CREATININA EN SANGRE		
UREA EN SANGRE		
CALCIO EN SANGRE		
FÓSFORO EN SANGRE		
HEMATOCRITO		
PROTEINURIA DE 24 HS		

 / /  
 Fecha

Firma y Sello de Médico Especialista