



## **PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIONES DE SALUD DE ORIGEN RENAL**

### **Y/O UROLÓGICO.**

Esta planilla deberá ser completada por médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora del Consejo Provincial podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE:**

**INSTITUCIÓN QUE LO ASISTE:**

**DIAGNÓSTICO:**

**ETIOLOGÍA:**

**FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD**

**DIABETES MIELLITUS** SI NO

**DIALISIS** SI NO

**FISTULA ARTERIOVENOSA.** SI NO

**TRASPLANTE RENAL.**

EN LISTA D ESPERA SI NO

FUE TRASPLANTADO SI NO

RECHAZO DE TRASPLANTE SI NO

**COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL.**

TALLA EN PERCENTILO SI NO

MENOR A 10

HIPERPARATIROIDISMO SI NO

OSTEODISTROFIA SI NO

POLINEUROPATÍA MODERADA

A SEVERA SI NO

ANEMIA CRÓNICA CON

Hto. < a 30 SI NO

**LABORATORIO**

<b>Examen de la laboratorio</b>	<b>Ultimo estudio. Fecha.....</b>	<b>Estudios anteriores Fecha.....</b>
Filtrado Glomerular		
Creatinina en sangre		
Urea en sangre		
Calcio en sangre		
Fósforo en sangre		
Hematocrito		
Proteinuria del 24 hs		

FECHA...../...../.....

.....

Firma y sello del médico especialista

## **Requisitos Generales.—**

Presencia de la Persona solicitante al momento de la Evaluación.

Concurrencia con:

- D.N.I/ C.I/ L.E/ L.C. Original y legible de la persona.
- Fotocopia de recibo de sueldo/ ingresos.
- Fotocopia de CUIL.
- Fotocopia del carnet de obra social.

En caso de ser una renovación, presentar el Certificado de Discapacidad vencido.

**Nota: Cabe aclarar que la documentación presentada no puede superar los seis meses al momento de la evaluación.**