



016 – PLANILLA PARA EVALUAR DISCAPACIDAD EN PERSONAS CON CONDICION DE SALUD DE ORIGEN RENAL

Apellido y Nombre de la persona:

Medico Especialista Responsable:

Institución que lo asiste:

DIAGNOSTICO:
ETIOLOGIA:
FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD:

DIABETES MIELLITUS	Si	No
---------------------------	----	----

DIALISIS	Si	No
FISTULA ARTERIOVENOSA	Si	No

TRASPANTE RENAL		
EN LISTA DE ESPERA	Si	No
FUE TRASPLANTADO	Si	No
Fecha del trasplante		
RECHAZO DEL TRASPLANTE	Si	No

COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL		
TALLA EN PERCENTILO MENOR A 10	Si	No
HIPERPARATIROIDISMO	Si	No
OSTEODISTROFIA	Si	No
POLINEUROPATIA MODERADA A SEVERA	Si	No
ANEMIA CRONICA CON Hto < 30	Si	No

Laboratorio

Examen de Laboratorio	Último estudio Fecha:	Estudios anteriores Fecha:
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