19 PLANILLA PARA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD

POR FIBROSIS QUISTICA DEL PANCREAS

Este CERTIFICADO debe ser completado por UN/A ESPECIALISTA con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de DECLARACION JURADA.

Nombre y Apellido: …….
Fecha de Nacimiento: ……
DNI: …….
Edad: ……
Fecha de Diagnóstico: ……

DIAGNÓSTICO

Test de Sudor	1- 2-
Estudio Genético	
Potencial de Membrana	

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Puntaje de Shwachman	
Rx de Tórax	
TAC de Tórax	
Espirometría	
Saturometría	
Cultivo de Secreciones	
Prueba de la Función pancreática exocrina	

_____/_____/_____ .....
Fecha Firma y sello del Médico actuante