

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**PLANILLA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.**

<b>Apellido y Nombre del Paciente</b>	
<b>DNI</b>	
<b>Institución que lo asiste</b>	

<b>EDAD</b>	
<b>AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR</b>	
<b>RESULTADO DEL FACTOR REUMATOIDEO</b>	
<b>CLASE FUNCIONAL</b>	
<b>CLASE RADIOLÓGICA (adjuntar Rx de manos y pies del ultimo año)</b>	
<b>HAQ (adjuntar cuestionario)</b>	
<b>DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global del paciente)</b>	
<b>TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar medicación recibida, dosis y tiempo de tratamiento)</b>	
<b>OBRA SOCIAL</b>	
<b>MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO</b>	

Fecha:...../...../.....

.....  
**Firma y sello del médico actuante.**