

Planilla para Personas con condición de salud de origen cardiovascular

La presente planilla deberá ser completada por médico especialista con letra clara y en forma completa. La Junta Evaluadora de Personas con Discapacidad podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona. Los estudios originales, con un tiempo que no supere los 6 meses de efectuados, deberán ser presentados junto con la fotocopia de los informes.

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Apellido y Nombres | |
| D.N.I. | |
| Diagnóstico | |
| Clase funcional | |
| Tratamiento médico | |
| Tratamiento quirúrgico | |
| Ecocardiograma | |
| Prueba Funcional Ergometría/SPECT | METS |
| | Signos de isquemia SI NO |
| | Prueba NEGATIVA POSITIVA |

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

.....
Firma y Sello de Médico Especialista

Planilla para Personas con condición de salud de origen renal

Apellido y Nombre de la Persona:

Médico Especialista Responsable:

Institución que lo asiste:

| | | |
|--|----|----|
| DIAGNOSTICO: | | |
| ETIOLOGIA: | | |
| FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: | | |
| DIABETES MIELLITUS | SI | NO |
| DIALISIS | SI | NO |
| FISTULA ARTERIOVENOSA | SI | NO |
| TRASPLANTE RENAL | | |
| EN LISTA DE ESPERA | SI | NO |
| FUE TRASPLANTADO | SI | NO |
| Fecha del trasplante: | | |
| RECHAZO DE 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 CRÓNICA CON Hto < 30 | SI | NO |

Laboratorio

| Examen de Laboratorio | Ultimo 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