

INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES RENALES

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria en caso de requerirlo.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

1. DIAGNÓSTICO:		
2. ETIOLOGÍA:		
3. FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD:		
4. DIABETES MELLITUS	SI	NO
5. DIÁLISIS	SI	NO
6. FÍSTULA ARTERIOVENOSA	SI	NO
7. TRASPLANTE RENAL:		
a) EN LISTA DE ESPERA	SI	NO
b) FUE TRASPLANTADO	SI	NO
Fecha del trasplante:		
c) RECHAZO DE TRASPLANTE	SI	NO

8. LABORATORIO: obligatorio adjuntarlo

Examen de Laboratorio	Último estudio Fecha:.....	Estudios anteriores Fecha:.....
FILTRADO GLOMERULAR		

FECHA:/...../.....

.....

Firma y sello del médico tratante.