

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

## **INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ALTERACIONES RENALES**

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa, firmado, con sello y fecha (de los últimos 12 meses).

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

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

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

### **8. LABORATORIO: OBLIGATORIO ADJUNTAR FOTOCOPIA**

<b>Examen de Laboratorio</b>	<b>Último estudio</b> Fecha:.....	<b>Estudios anteriores</b> Fecha:.....
FILTRADO GLOMERULAR		

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

.....

**Firma y sello del médico tratante.**

- **Presentar copia del DNI del beneficiario.**
- **Para menores de 16 años agregar copia del DNI del padre, madre, tutor o curador designado judicialmente.**
- **Si tiene Obra Social, copia del carnet.**

