

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

PLANILLA DE CONDICIÓN DE SALUD HEPÁTICA

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.

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (CIE-10) Y ESTADO ACTUAL:

.....
.....
.....
.....
.....

SECUELAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Clasificación de Child-Plugh	Valor	Valor	Valor
1. Ascitis	ausente	Fácil control	Control inadecuado
2. Coagulación (RIN)			
3. Albúmina sérica (g/dl)			
4. Bilirrubina sérica (ml/dl)			
5. Nivel de conciencia (Grado de Encefalopatía: I/II/III/IV)			

Resultados (marque lo que corresponda).
Child A, B o C.

FECHA: / /

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

- **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.**