

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

Planilla para Personas con condición de salud de origen Respiratorio

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 NOMBRES | |
| D.N.I. | |
| DIAGNÓSTICO CIE-10 | |
| CLASE FUNCIONAL | |
| VEF1 post BD | |
| CVF post BD (% del valor teórico) | |
| DLCO (% del valor teórico) | |
| TEST DE LA MARCHA | |
| REQUERIMIENTO DE OXÍGENO | |

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

- FOTOCOPIA ESPIROMETRÍA INFORMADA (de no más de 12 meses de antigüedad). En el caso de **asma bronquial crónica**, adjuntar un mínimo de **2 espirometrías intercrisis**.
- **ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO** para condiciones que afecten la función respiratoria relacionada con el sueño (fotocopia).
- Si posee, otros estudios complementarios de no más de 12 meses de antigüedad que avalen el diagnóstico: radiografía, tomografía y/o resonancia magnética (original y fotocopia).

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

.....
Firma y Sello de Médico Especialista

- **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.**