

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.

APELLIDO Y NOMBRE			
DNI			
. DIAGNOSTICO:			
2. ETIOLOGIA:			
B. FECHA DE INICIO DE ENF	ERMED	AD:	
I. DIABETES MIELLITUS		SI	NO
5. DIALISIS		SI	NO
6. FISTULA ARTERIOVENOS	SA	SI	NO
. TRASPLANTE RENAL:			
a) EN LISTA DE ESPERA		SI	NO
b) FUE TRASPLANTADO		01	NO
Fecha del trasplante:		SI	NO
c) RECHAZO DE TRASPLANTE		SI	NO
LABORATORIO: obligato	rio adji	untarlo	
Examen de Laboratorio	Ultimo estudio Fecha:		Estudios anteriores