

## Requisitos Obligatorios para presentar en la Junta Evaluadora VISCERAL RENAL

### 1. Certificado Expedido por Médico Especialista que contemple:

- Diagnóstico completo, estado actual y secuela que presenta (Especificar)
- Es **OBLIGATORIO COMPLETAR PLANILLA ADJUNTA**
- Fecha **no mayor a seis meses (6 meses)** al día del turno.
- Firma y sello del médico tratante.
- Se informa que este certificado será retenido en expediente, sin devolución.
- Es **OBLIGATORIO** concurrir con certificado **ORIGINAL**.
- **No** se realiza la Junta Evaluadora con certificados fotocopiados.

### 2. Estudios Médicos complementarios que avalen el diagnóstico.

- Laboratorio de función renal **Imprescindible** para certificar insuficiencia renal.

### 3. D.N.I. / L.E. / L.C/

- Debe ser **LEGIBLE** y **ORIGINAL** con domicilio en Prov. de Bs As. Además, es **OBLIGATORIO** presentar una **FOTOCOPIA**.

### 4. EXTRANJEROS

- Es obligatorio traer, Pasaporte, Cedula de Identidad o constancias de los trámites migratorios.
- Traer Certificado de Domicilio en Provincia de Buenos Aires, **ORIGINAL** y **FOTOCOPIA**.

### 5. RENOVACIÓN

- Adjuntar **Certificado de Discapacidad Original Vencido**.
- Si extravió el ORIGINAL deberá traer **Denuncia Policial por extravío**.

### 6. OBRA SOCIAL

- Si posee Obra Social, deberá presentar las siguientes fotocopias: 1 de DNI original 1º y 2º pagina, 1 del carnet, y 1 del recibo de sueldo.

### 7. MENORES DE EDAD

- Si el paciente es menor de 18 años debe concurrir con su padre o madre y traer:
- **DNI de padre o madre, original y fotocopia.**
- En caso de que venga con otro familiar acompañante debe presentar DNI propio y **nota autorización** al acompañante firmada por padre o madre.
- Es **OBLIGATORIO** traer **Partida de Nacimiento del MENOR** (Original y fotocopia)

### 8. CURATELA

- Si el interesado posee **CURATELA** o **TUTOR**, el responsable a cargo deberá firmar la solicitud y aportar las fotocopias de la documentación que lo acredite como tal.
- En caso de que el **CURADOR** o **TUTOR** no concurra el día de la evaluación, el acompañante deberá presentar una autorización.

### RECUERDE:

- La presencia del interesado es **OBLIGATORIA**.
- Si posee **Certificado de Discapacidad emitido por la Provincia de Buenos Aires** (Formulario 1 y 2) deberá traer una fotocopia.
- Mas información en: [www.snr.gov.ar](http://www.snr.gov.ar)
- Cambios de turnos 48hs. antes de la cita al 4783 – 9527
- E- Mail (consultas, reclamos y sugerencias): [juntaevaluadora@snr.gov.ar](mailto:juntaevaluadora@snr.gov.ar)

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos a  
fines de evitar demoras e impugnaciones

**PLANILLA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL**

Apellido y Nombre del Paciente:.....

Médico Especialista Responsable:.....

Institución que lo asiste:.....

<b>DIAGNOSTICO:</b>		
<b>ETIOLOGIA:</b>		
<b>FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD:</b>		
<b>DIABETES MIELLITUS</b>	SI	NO
<b>DIALISIS</b>	SI	NO
<b>FISTULA ARTERIOVENOSA</b>	SI	NO
<b>TRASPLANTE RENAL</b>		
EN LISTA DE ESPERA	SI	NO
FUE TRASPLANTADO	SI	NO
RECHAZO DE TRASPLANTE	SI	NO
<b>COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL</b>		
HIPERPARATIROIDISMO	SI	NO
OSTEODISTROFIA	SI	NO
POLINEUROPATIA	SI	NO
ANEMIA	SI	NO
PERICARDITIS	SI	NO
ALTERACION DE CRECIMIENTO	SI	NO

**LABORATORIO**

<b>Examen de Laboratorio</b>	<b>Ultimo estudio Fecha:.....</b>	<b>Estudios anteriores Fecha:.....</b>
FILTRADO GLOMERULAR		
CREATININA EN SANGRE		
UREA EN SANGRE		
CALCIO EN SANGRE		
FÓSFORO EN SANGRE		
HEMATOCRITO		
PROTEINURIA DE 24 HS		

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

.....  
Firma y Sello de Médico Especialista