



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE
Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados
a fines de evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA.

Apellido y Nombre del Paciente	
DNI	
Institución que lo asiste	
EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADO DEL FACTOR REUMATOIDEO	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA (adjuntar Rx de manos y pies del último año)	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global del paciente)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar medicación recibida, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO	

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

.....
Firma y sello del médico actuante.