

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD – FIBROSIS QUÍSTICA DEL PÁNCREAS
Formulario para ser llenado por el médico tratante

Nombre y Apellido:

.....

HC N°:

Fecha de Nacimiento:

Edad: años.....

Fecha de Diagnóstico:

DIAGNÓSTICO

Test de Sudor	1-	2-
Estudio genético		
Potencial de Membrana		

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Puntaje de Shwachman	
Rx de Tórax	
TAC de Tórax	
Espirometría	
Saturometría	
Cultivo de Secreciones	
Prueba de la Función pancreática exócrina	

.....
Firma y Sello del Médico Tratante

.....
Lugar y Fecha