

# PLANILLA COMPLEMENTARIA PARA LA EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN REUMATOLÓGICO

DIREH\_FS 211.04



**Dirección Provincial de Rehabilitación**  
Independencia N° 41 - B° Los Naranjos  
San Salvador de Jujuy - C.P. 4600  
Tel. 0388 - 4245500 Int. 5806

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Nombre y Apellido</b> |  |
| <b>DNI</b>               |  |

## 1 Diagnóstico

.....

.....

.....

.....

## 2 Tiempo de evolución .....

## 3 Tratamiento actual:

| Droga | Fecha de Inicio | Dosis | Respuesta |
|-------|-----------------|-------|-----------|
|       |                 |       |           |
|       |                 |       |           |
|       |                 |       |           |
|       |                 |       |           |
|       |                 |       |           |
|       |                 |       |           |
|       |                 |       |           |

## 4 Requiere otros tratamientos? .....

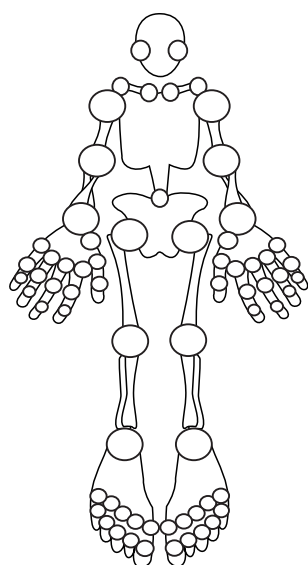
.....

## 5 Estado Actual .....

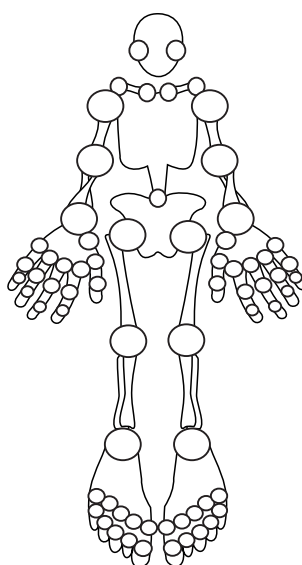
.....

.....

.....



**Artic. Dolorosas**



**Artic. Tumefactas**



**Dirección Provincial de Rehabilitación**  
Independencia N° 41 - B° Los Naranjos  
San Salvador de Jujuy - C.P. 4600  
Tel. 0388 - 4245500 Int. 5806

## PLANILLA COMPLEMENTARIA PARA LA EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN REUMATOLÓGICO

DIREH\_FS 211.04

6 DAS 28 (en A.R.) ..... - Fecha:...../...../.....

7 HAQ 20 ..... - Fecha:...../...../.....

8 Pronós o .....

9 Laboratorio (consignar lo realizado que complemente el diagnós o)

|                     | Fecha | Resultado |
|---------------------|-------|-----------|
| FAN                 |       |           |
| An o                |       |           |
| An                  |       |           |
| An                  |       |           |
| An                  |       |           |
| An                  |       |           |
| An                  |       |           |
| Latex               |       |           |
| eritrosedimentación |       |           |
| PCR                 |       |           |

### 10 Estudios Complementarios

Rx.: .....

TAC: .....

Otros: .....

11 Mo o de Solicitud del CUD: .....

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

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



Gobierno de JUJUY  
Ministerio de Salud

Primero está  
la gente

f t i You  
Tube  
www.salud.jujuy.gob.ar