

**PLANILLA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA / ARTROSIS**

**Nombre y Apellido del paciente:** .....

**DNI:** .....

**Institución que lo asiste:** .....

1. Edad del paciente: ..... 2. Años de evolución de la Artritis .....

3. Latex: ..... 4. Anti CCP: .....

5. Clase Funcional: ..... 6. Clase Anatómica: .....

7. HAQ 20: ..... 8. DAS 28: .....

9. Motivo de solicitud del Certificado .....

.....  
 .....  
 .....

Fecha: ...../...../.....      .....

Firma y sello del especialista .....

**Nota:** En los estudios complementarios: DESCRIBIR Y LOCALIZAR SIGNOS DE ARTROSIS / ARTRITIS en el informe de las radiografía, resonancia magnética.