



## Solicitud de Tratamiento.

### Tratamiento de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido: _____						
Nº Afiliado: _____				Fecha: / /		
Tx renal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha Tx: / /	Peso (kg):	Talla (cm):	Sup. Corp. (m2):
Centro prestador: _____			E-mal: _____			
Teléfono/Fax: _____						
Diagnóstico (CIE10): _____						
_____ Fecha del Diagnóstico: / /						

Hemodiálisis: SI ☐ NO ☐ Otros ☐

Resumen de Historia Clínica:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nº AUTORIZACIÓN: _____	FECHA AUTORIZACIÓN: / /
Firma y sello	Aclaración :

Tratamiento denegado (fundamentos):

Estadío de enfermedad, score de evaluación y/o performance clínica(en todos los casos): \_\_\_\_\_

_____
_____

Para ser completado por IPROSS

Delegación: _____	Fecha: / /	Nº de Expediente: _____
Firma y sello del personal responsable: _____		