

DETALLE DE REFERENCIA

Referencia No: 703767415

Fecha atención médica: 04/10/2022

Estado Referencia: EN ESPERA

De responsabilidad Médica

Area Destino:	CONSULTA EXTERNA	Prioridad:	PRIORIDAD 1
Referencia:	ESSALUD	Fecha óptima Cita:	04/10/2022
Centro Origen:	H.N. EDGARDO REBAGLIATI M.	Centro Destino:	CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL
Servicio Origen:	NEFROLOGIA	Servicio Destino:	HEMODIALISIS
Activi. Origen:	ATENCION AMBULATORIA	Actividad Destino:	ATENCION PROCEDIMIENTOS
Sub Activi. Origen:	CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA	Sub Activi. Destino:	SESIONES DE HEMODIALISIS
Actu Médico:	12173475		
Nro Historia:	2003428		

Identificación del Paciente

Autogenerado:	5712193NEPAC007	Condición del asegurado:	OBLIGATORIO - DEPEND.
Titular:	6407220MCPHR007 [OBLIGATORIO - DEPEND.]		
Apellidos y Nombres:	MUREÑA PIZARRO, CESAR WALTER		
Fecha de Nac.	19/12/1957	Sexo:	MASCULINO
Tipo doc.:	LIBRETA ELECTORAL / DNI	Num. doc.:	07346994
Domicilio:	SALAVERRY 1230		
Ubigeo Domicilio:	000000 [- -]		
Ubigeo Nacimiento:	[- -]		
Teléfono:	3334545--988465020	Vigencia:	07/11/2022

Resumen de la Historia Clínica

Historia : SE EMITE REFERENCIA A CNSR
 Motivo : HEMODIALISIS - TRATAMIENTO
 Otros Motivos :
 Diagnóstico 1 : (N18.6) ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN DIALISIS [DEFINITIVO]

Comentarios : HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA

Médico responsable - Centro Origen

C.M.P (30155) ESPEJO SOTELO JOSE

Creación 04963587 [04/10/2022 10:14:55]

Cerrar

**EsSalud****FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS**HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
UNIDAD DE HEMODIÁLISISNOMBRE DEL ASEGURADO Nurima Pizarro Cesar Walter

(USAR EL TRAQUE IMPRENTA)

N° AUTOGENERADO

(COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

5 7 1 2 1 9 1 - 0 0 7

CÓN-
YUGE

HIJO

EDAD

SEXO

64

M F

Domicilio: Av. Salaverry 1230 Dpto. 404 B Dist.:Teléfono: 995778977

Centro de trabajo: Dist.:

Teléfono:

Centro Asist. Adscrito

Hospital EsSalud

Apto para
transplante

Si No

Sesiones por
semana

A partir del

Nuevo ☐Renovación: ☐Reubicación: ☐**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

Por la presente el médico que suscribe establece en (los) diagnóstico (s) de:

CIE X

<u>IRCT - HD</u>	<u>N18.6</u>

Firma y sello presidente
Comité Diálisis Periódica
C.M.P.

EsSalud H.N.E.R.M.
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
Dr. CAROLA MEDINA SAL Y ROSAS
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.M.P. 29331

EsSalud H.N.E.R.M.
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
Dr. CAROLA MEDINA SAL Y ROSAS
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.M.P. 29331

1 Firma y sello de médico tratante
C.M.P.Firma y sello del jefe de servicio
C.M.P.Lima, 03 de Octubre 2022**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

N°

Señores:

Sirvanse atender al asegurado de la referencia a quien se le otorgarán las sesiones de Diálisis especificadas por el médico tratante y bajo las condiciones detalladas en la ficha Clínico - Biológica.

Hasta el :

Día	Mes	Año

DISTRITO

(LLENADO SÓLO POR U.C.R.C.)

Firma y sello del responsable de la U.C.R.C.

2 Lima, de 20.....

INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICAEl médico que suscribe Certifica que el asegurado:
ha recibido las sesiones de diálisis en el período siguiente:

DÍA MES AÑO

TOTAL DE
SESIONES
RECIBIDASDEL:
AL:Firma y sello del jefe supervisor
C.M.P.

Lima, de 20.....

3