HOSPITAL NACIONAL EsSalud FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS EDGARDO REBAGLIATI MARTINS UNIDAD DE HEMODIÁLISIS NOMBRE DEL ASEGURADO TONES XXXX CÓN-EDAD SEXO Nº AUTOGENERADO YUGE (COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA) Dist.:....Teléfono:..... Centro de trabajo: Dist.: Teléfono: Apto para Centro Asist, Adscrito Hospital EsSalud Sesiones por Nuevo A partir del transplante semana Renovación: HNERM HNERH 2V/sem Reubicación: MOTIVO DE LA REFERENCIA Por la presente el médico que suscribe establece en (los) diagnóstico (s) de : CIE X ENC-HEMODIAUSIS N 3-6 Firma y sello presidente Comité Diálisis Periódica C.M.P. Firma y sello de médico tratante Lima 18 de NOVILMONE 20, 22 Firma y sello del jefe de servicio C.M.P. C.M.P. MOTIVO DE LA REFERENCIA No Sírvanse 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. DISTRITO Mes Hasta el: (LLENADO SÓLO POR U.C.R.C.) Firma y sello del responsable de la U.C.R.C. 2 INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICA El médico que suscribe Certifica que el asegurado:..... ha recibido las sesiones de diálisis en el período siguiente: DÍA MFS AÑO TOTAL DE SESIONES DEL: RECIBIDAS AL

Lima,de.......20......

Firma y sello del jefe supervisor

C.M.P.

3

