

Acto Médico 9550328 (01317467-26/11/2022 17:38-10.56.1.186)

Apellidos y Nombres	VILCA MIGUEL SONIA	Nro Historia Clínica	135876
Doc. de Identidad	D.N.I. 20646603 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atención	H.N. A. SABOGAL	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Atención	21/11/2022 Edad en la Atención 56 A 6 M 29 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA	Servicio Hosp.	NEFROLOGIA
Profesional Asistencial	HEREDIA CACERES JAIME ANTONIO Colegiatura 33551	Actividad Hosp.	ATENC.PROCEDIM.
Actividad Específica	SESIONES DE HEMODIALISIS		

Exámenes Auxiliares Solicitados (01317467-26/11/2022 17:38-10.56.1.186)

Solicitud Nro 1524368 Fecha de Solicitud 21/11/2022

Código	86704 ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE LA NUCLEOCAPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB); TOTAL
Indicaciones	
INF:	FECHA RESULTADO: 25/11/2022
MUESTRA: SUERO	
Resultados	1 HBC TOTAL URL REACTIVO NO REACTIVO <1.00 REACTIVO >=1.00
Código	86592 PRUEBA DE SIFILIS; ANTICUERPO NO TREPONÉMICO; CUALITATIVO (P. EL VDRL, RPR, ART)
Indicaciones	
INF:	FECHA RESULTADO: 22/11/2022
MUESTRA: SUERO	
Resultados	1 RPR NO REACTIVO
Código	86267 ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAG)
Indicaciones	
INF:	FECHA RESULTADO: 25/11/2022
MUESTRA: SUERO	
Resultados	1 HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERF NO REACTIVO / NO REACTIVO <1.00 REACTIVO >=1.00
Código	86803 ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS C
Indicaciones	
INF:	FECHA RESULTADO: 25/11/2022
MUESTRA: SUERO	
Resultados	1 HEPATITIS C - (HCV) URL REACTIVO NO REACTIVO <1.00 REACTIVO >=1.00



## FORMULARIO UNICO DE DIALISIS

Nº 003148

NOMBRE DEL ASEGURADO

SONIA VILCA MIGUEL

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

Nº DE CARNET  
ESSALUD

COLOCAR NUMERACION COMPLETA

6604230 VCMUS005

CON- YUGE	HIJO

EDAD
56

SEXO
M

DOMICILIO

43 Dpto Lt. 12 Bocanegra - Callao

DIST.

TELF.

CENTRO DE TRABAJO

DIST.

TELF.

CENTRO ASIST. ADSCRITO
HUASS

HOSPITAL ESSALUD
HUASS

APTO PARA TRANSPLANTE
SI NO

SESIONES POR SEMANA
30 sem

A PARTIR DEL
28 11 20

NUEVO	<input type="checkbox"/>
RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/>
REUBICACIÓN	<input type="checkbox"/>
TRANSFERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>
CAMBIO SEROLOGÍA	<input type="checkbox"/>
REINGRESO	<input type="checkbox"/>

## MOTIVO DE LA REFERENCIA

POR LA PRESENTE EL MÉDICO QUE SUSCRIBE ESTABLECE EN (LOS) DIAGNÓSTICO(S) DE:

CIE X

1	ERCs en hemodialisis	N18.6
2	Dependencia de diálisis	Z99.2
3		

DR. MANUEL CASTILLO ZEGARRA  
C.M.P. N° 36393 RNE N° 17178  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA MED. ASIS.  
HOSPITAL RAC ALBERTO SANCHEZ SOLOGUREN  
EsSalud

DR. MANUEL CASTILLO ZEGARRA  
C.M.P. N° 36393 RNE N° 17178  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA MED. ASIS.  
HOSPITAL RAC ALBERTO SANCHEZ SOLOGUREN  
EsSalud

FIRMA Y SELLO PRESIDENTE  
COMITE DIALISIS PERIODICA

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE  
C.M.P.

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO  
C.M.P.

LIMA,

DE

DEL 20.....

## ORDEN DE REFERENCIA

SEÑORES:

SIRVASE ATENDER AL ASEGURADO DE LA REFERENCIA A QUIEN SE LE OTORGARA  
LAS SESIONES DE DIÁLISIS ESPECIFICADAS POR EL MÉDICO TRATANTE Y BAJO LAS  
CONDICIONES DETALLADAS EN LA FECHA CLÍNICO-BIOLÓGICA

HASTA  
EL:

DÍA	MES	AÑO

Nº

--	--	--	--	--

DISTRITO

(LLENADO SOLO POR U.C.R.C.)

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA U.C.R.C.

LIMA,

DE

DEL 20.....

## INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICA

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE EL ASEGURADO:

HA RECIBIDO LAS SESIONES DE DIÁLISIS EN EL PERIODO SIGUIENTE:

DEL:

AL:

DÍA	MES	AÑO

TOTAL DE  
SESIONES  
RECIBIDAS

--

FIRMA Y SELLO JEFE SUPERVISOR  
C.M.P.

LIMA,

DE

DEL 20.....