

**EsSalud****FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS**HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTÍNEZ
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NOMBRE DEL ASEGURADO

La Rosa Garay Maribel
(USAR LETRA DE IMPRIMENTA)

N° AUTOGENERADO

(COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

7407080RA6AM002CÓN-
YUGE

HIJO

EDAD

SEXO

48M ☐ F ☒

Domicilio:

Dist.:

Sur

Teléfono:

Centro de trabajo:

Dist.:

Teléfono:

Centro Asist. Adscrito

Hospital EsSalud

Apto para
transplanteSesiones por
semana

A partir del

Nuevo

☐HNERMSi ☐ No ☒3017/11 22

Renovación:

☐

Reubicación:

☐**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

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

CIE X

<u>ECI U a HD</u>	<u>N18.6</u>

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

 Livia Quiroga Muñoz
 Servicio de Nefrología Clínica
 C.M.P. 18528 RNE 7543

 Livia Quiroga Muñoz
 Servicio de Nefrología Clínica
 C.M.P. 18528 RNE 7543

 1 Firma y sello de médico tratante
 C.M.P.

 Firma y sello del jefe de servicio
 C.M.P.
Lima, 28 de noviembre de 2022**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

N°

Señores:

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.

 Hasta el:

Día	Mes	Año

DISTRITO

(LLENADO SÓLO POR U.C.R.C.)

Dra. Liz J. Pérez Chávez

 Firma y sello del responsable de la U.C.R.C.
 CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

2 Lima, _____ de _____ de 20____

INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICA

El médico que suscribe Certifica que el asegurado:
ha recibido las sesiones de diálisis en el período siguiente:

DEL:	DÍA	MES	AÑO	TOTAL DE SESIONES RECIBIDAS
AL				

 3 Firma y sello del jefe supervisor
 C.M.P.

Lima, _____ de _____ de 20____