

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

NOMBRE DEL ASEGURADO

Pompos Jimenes Julia Isabel

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

Nº AUTOGENERADO

(COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

7302280R07EJ003

CÓN- YUGE	HIJO	EDAD	SEXO
		<u>49</u>	M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>

Domicilio:

Dist.:

Teléfono:

Centro de trabajo:

Dist.:

Teléfono:

Centro Asist. Adscrito	Hospital EsSalud	Apto para transplante	Sesiones por semana	A partir del	Nuevo <input type="checkbox"/>
	<u>HNERM</u>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<u>3 y 5</u>	<u>Septiembre 2000</u>	Renovación: <input type="checkbox"/>
					Reubicación: <input type="checkbox"/>

MOTIVO DE LA REFERENCIA

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

CIE X

<u>HTA</u>	<u>K10.6</u>
<u>HTA</u>	<u>210</u>

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

1

Firma y sello de George Volante
Méd. Neph. Del Departamento Nefrología
C.M.P. 13824 RNE 5829

Firma y sello de George Volante
Méd. Neph. Del Departamento Nefrología
C.M.P. 13824 RNE 5829

Lima, 12 de octubre 2000**MOTIVO DE LA REFERENCIA**Nº 19101Señores: IMP. AL-DS 3er T

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
<u>11</u>	<u>12</u>	<u>2000</u>

DISTRITO

(LLENADO SÓLO POR U.C.R.C.)

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

2 Lima, 10 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 20



Acta Médico	12186419	(08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)	
Apellidos y Nombres	RAMOS JIMENEZ JULIA ISABEL		Sexo Historia Clínica
Doc. de Identidad	D.N.I. 00694190. Sexo FEMENINO		110879
CAS de Atención	H.N. E. REBAGLIATI		ASEGURADO REFERIDO
Fecha de Atención	06/10/2022. Edad en la Atención 49 A 7 M 3 D		NOTESTATIVO
Área Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA		Plan de Salud
Profesional Asistente	REYNA VARGAS OSCAR MELITON. Colegiatura 44896		Servicio Hosp.
Actividad Específica	CONSULTA MED INTERNA MED. E INFECTOLOGIA		Actividad Hosp.
			MEDICINA INTERNA 1
			ATEN MED.AMBUL

Anamnesis (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

ACUDÍ A CONSULTA CON IC NEFROLOGIA
ERC EN HD. TIENE SEROLOGÍA - SÍFILIS
NO REFIERE MOLESTIAS

EX.AUX (SET 2022)
RPS 4 DIL. AC. ANTI TREPOHEMA PALIDUM IGM/IGG. REACTIVA

AN. PRECEDENTES
RAM NO

Examen Clínico (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

Signos Vitales:

Frecuencia Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0
Presión Venosa Central (cm H ₂ O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
Temperatura Corporal (°C)	0,0		

Antropometría:

Peso (Kg)	0,000	Estatura (m)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

Plan de Trabajo/ Comentarios y/o Observaciones (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

PNC G 2-1 IM C/SEM POR 03 DOSIS
CONTROL SEROLÓGICO EN 06 MESES

Diagnóstico (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

Acta Médico	Interpretación	Fecha	Estado	Atención
A53.9	SÍFILIS, NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO	NUEVO	NO

Tipo de Consulta CONSULTA RECUPERATIVA

Resultado Atención RECITA **Tip. Continuar** ex 15545 NO CORRESPONDE

Solicitudes de Citas (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

Acta Médico	Interpretación	Fecha	Estado	Atención
134932512 06/10/2022	MEDICINA INTERNA 1 ATEN.MED.AMBUL. CONSULTA MED INTERNA MED.1 INFECTOLOGIA	RECITA	04/04/2023	SOLICITUD PENDIENTE

Exámenes Auxiliares Solicitados (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

Medicamentos Recetados (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)

Receta No 5866218

Origen	BENCILPENICILINA 1,200,000 UI (C/DRUG) AM	Cantidad	6,00
Indicaciones	125 AMP IM POR SEMANAS, POR 03 DOSIS. ADMINISTRAR 125A DOSIS PREVIA PRUEBA DE SENSIBILIDAD		

Procedimientos del Acto Médico (08257492-12/10/2022 10:24-10.1.47.3)