



FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS

NOMBRE DEL ASEGURADO García Ortiz Luis Gerlis
(USAR LETRA DE IMPRENTA)

N° DE CARNET
ESSALUD

COLOCAR NUMERACION COMPLETA

8 6 1 1 0 5 1 6 0 0 2 0 0 6

CON YUGE	HUO

EDAD
35

SEXO
M

DOMICILIO

DIST.

TELF.

CENTRO DE TRABAJO

DIST.

TELF.

CENTRO ASIST. ADSCRITO

HOSPITAL (ESSALUD)
HINGAS

APTO PARA TRANSPLENTE
SI NO

SESIONES POR SEMANA
34/5

A PARTIR DEL

NUEVO
RENOVACIÓN
REUBICACIÓN
TRANSFERENCIA
CAMBIO SEROLOGÍA
REINGRESO

MOTIVO DE LA REFERENCIA

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

1	ERC 5 en HD	N18.6
2		
3		

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO
C.M.P.FIRMA Y SELLO PRESIDENTE
COMITÉ DIÁLISIS PERIÓDICA

C.M.P.

LIMA DE DEL 20

ORDEN DE REFERENCIA

SEÑORES:

N°

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

HASTA EL:	DIA	MES	AÑO

DISTRITO

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

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

2 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	DIA	MES	AÑO
AL			

TOTAL DE
SESIONES
RECIBIDAS

--

FIRMA Y SELLO JEFE SUPERVISOR
C.M.P.

LIMA DE

DEL 20

ANEXO 2
FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICO - BIOLÓGICA DEL PACIENTE PARA INGRESO A
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERIÓDICA

NOMBRE : GARCIA ORTIZ LUIS GERLIS

AUTOGENERADO
8611051GCCIL006

I - EVALUACIÓN CLÍNICA :

Causa de Insuficiencia Renal :

DIABETES MELLITUS TIPO 2

B858 - IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA OCULAR EN CAMAR
el (22/08/2018)

A1286 - VITRECTOM POSTERIOR LIBERACION DE MEMBRANAS (el
(24/08/2015)

A1280 - VITRECTOMIA POSTERIOR el (20/04/2015)

B496 - APENDICECTOMIA LAPAROSCOPIA (ADULTO) el (24/03/2015)

A1280 - VITRECTOMIA POSTERIOR el (23/03/2015)

Antecedentes Quirúrgico de importancia:

HTA :

☒ SI

☐ No

Peso:

50.00

Talla:

1.70

Índice de Masa Corporal:

27.681560898654

Superficie de Masa Corporal:

1.9436506316151

Abordaje vascular:

m2

Catéter transitorio:

☐ SI

☒ No

Catéter Permanente:

☒ SI

☒ No

Fístula arteriovenosa:

☐ SI

☒ No

Injerto vascular:

☐ SI

☒ No

Fecha de Primera hemodiálisis:

00/00/0000

Apto para trasplante:

II - EVALUACIÓN BIOLÓGICA :

A) Hematología

Grupo sanguíneo y RH:

A+

Hemoglobina:

8.40

Hematocrito:

44.10

Transfusiones previas:

☐ SI

☐ No

Número:

B) Bioquímico

B.1. Urinario:

Depuración de creatinina endógena:

B.2. Sérica:

Glicemia

157

Úrea

94.9

Creatinina

14 PRE HEMOD

Ácido úrico

7.4

Proteínas Totales

Albumina

3.9

Calcio

8.5

Fósforo

5.7

B.3. Serología:

Serología para Iúes

NEGATIVO

Antígeno de superficie de superf. VHB

NEGATIVO

Ac. contra el antígeno de superf. VHB

>1000

Anticuerpo para Hepatitis C

NEGATIVO

H.I.V.:

POSITIVO

Vacuna contra Hepatitis b

Completa

III - INDICACIONES:

Nro de sesiones u horas de diálisis por semana:

3V/SEMANA

Heparinización:

30 UI/KG/H

