

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

NOMBRE DEL ASEGURADO

*Cabeza Nieto Jose Alfredo*

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

N° AUTOGENERADO

(COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

*5004201CENAJ007*CÓN-  
YUGE

HIJO

EDAD

SEXO

*42**M*

Domicilio:

Dist.:

Teléfono:

Centro de trabajo:

Dist.:

Teléfono:

Centro Asist. Adscrito

Hospital EsSalud

Apto para  
transplanteSesiones por  
semana

A partir del

Nuevo

☐*HNERM*

Si No

*3 y 5**Agora por*

Renovación:

☐

Reubicación:

☐**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

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

CIE X

<i>ERT &amp; HD</i>	<i>N86</i>
<i>DM2</i>	<i>E11.9</i>
<i>HTA</i>	<i>I10X</i>

Firma y sello presidente  
Comité Diálisis Periódica  
C.M.P.HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS  
Unidad de Hemodiálisis  
Calle 18 de Agosto 1001, Lima 1001

Firma y sello médico tratante

1

C.M.P.

Firma y sello jefe de servicio

C.M.P.

Lima, *5* de *10* de *2022***MOTIVO DE LA REFERENCIA**

N°

Señores:

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

DISTRITO

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

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

2

Lima, *20* de *10* de *2022***INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICA**El médico que suscribe Certifica que el asegurado:  
ha recibido las sesiones de diálisis en el periodo siguiente:

DÍA

MES

AÑO

TOTAL DE  
SESIONES  
RECIBIDASDEL:  
AL

Firma y sello del jefe supervisor

C.M.P.

Lima, *20* de *10* de *2022*

3



Acto Médico 12191198 (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

Apellidos y Nombres CABERO MAYARRO JOSE ALFREDO JR  
Doc. de Identidad D.N.I. 06624353 Sexo MASCULINO  
CAS de Atención H.N.E. REBAGLIATI  
Fecha de Atención 06/10/2022 Edad en la Atención 72 A 5 M 16 D  
Area Hospitalaria CONSULTA EXTERNA  
Profesional Asistencial MONTANO CARHUANCHO IVAN HUMBERTO Colegiatura 67704  
Actividad Específica CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA

Historia Clínica 150755  
Tipo de Paciente ASSEGURADO REFERIDO  
Tipo de Seguro BENEFICIARIO LEY 30425  
Plan de Salud  
Servicio Hosp. NEFROLOGIA  
Actividad Hosp. ATEN.MED.AMBUL.

Anamnesis (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

ERC y HD

Examen Físico (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

Signos Vitales

Presión Arterial (mm Hg)	120/80	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	70
Presión Venosa Central (cm H <sub>2</sub> O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	20
Temperatura Corporal (°C)	36.5		
Antropometría			
Peso (Kg)	60.00	Altura (m)	1.60
Perímetro Abdominal	90		

EN SESIONES DE HEMODIALISIS

Plan de Trabajo / Comentarios y/o Observaciones (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

SS. FACTOR Y GRUPO SANGUÍNEO

Diagnóstico (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

Código	Nombre	Signo	Valor	Valor
N18.6	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN-DIALISIS	PRESENTE	NEGATIVO	NO

Tipo de Consulta CONSULTA RECUPERATIVA

Resultado Atención RECITA Tipo Contingencia Ley 18448 NO CORRESPONDE

Solicitudes de Citas (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

Fecha	Fecha de Citas	Area	Fecha de Citas	Area
10/10/2022	06/10/2022	NEFROLOGIA	06/10/2022	ATEN.MED.AMBUL., CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA

Exámenes Auxiliares Solicitados (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

Solicitud Nro 1379209 Fecha de Solicitud 06/10/2022

Código	06900	TIPIFICACION DE SANGRE; ABO
Indicaciones		
Resultados	INT.	FECHA RESULTADO: 06/10/2022
	MUESTRA: SANGRE EDTA	
	1 GRUPO SANGUINEO Y FACTOR	A

  

Código	06901	TIPIFICACION DE SANGRE; RH (D)
Indicaciones		
Resultados	INT.	FECHA RESULTADO: 06/10/2022
	MUESTRA: SANGRE EDTA	
	1 FACTOR RH	POSITIVO

Medicamentos Recetados (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)

Procedimientos del Acto Médico (-06/10/2022 14:53-10.56.1.187)