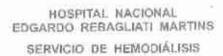
ESSALUD FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS EDGARDO REBAGLIATI MARTIN						RTINS		
NOMBREDELASEGURAC	O PLVARE	z Mujoz	CLGIA	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	e, es mem	Y DI PILE	**************************************	
(USAR LETRA DE IMPRENTA) Nº AUTOGENERADO (COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)				CÓN- YUGE HIJO	EDAD	SI	ΧÖ	
61040	60AA	M 0 6 6	000		61	IA.	X	
Domicilio:	·	Dist		Teléfo	no:			
Centro de trabajo:		Dis	1	Teléfo	по:			
Centro Asist. Adscrito	Hospital EsSalud	Apto para transplante	Sesiones por semana	A partir d				
Repagliti	HNERM	Si No	3/4/5		Reno	vació icació		
	MOTIVO	DE LA RE	FERENCIA				_	
Por la presente el médico	que suscribe establece en	(los) diagnéstico (s) de : CIE X					
I INS - 8	Euro cromis	~-V	N/8.	4				
Firma y sello presidente Comité Diátisis Periódica								
				C.N	I.P			
le	4.6							
T Finna y sello de médio		Firma y sello del je C.M.P		Lima, 7d	e Mer	2	50	
	MOTIVO	DE LA RE	FERENCIA	No				
Señores:	Señores:							
Sirvanse atender al a	segurado de la refere	encia a quien se	le otorgarán					
las sesiones de Diálisis especificadas por el médico tratante y bajo las condiciones detalladas en la ficha Clínico - Biológica. DISTRITO								
Dia Mes Añe								
Hasta el :				;LL≣rk	400 £010 Pt	រាក ម.ជា	1.6.1	
		del responsable de I						
2 time,de.	20	.55	or or or or					
	NFORME MÉDIC	CO SUPERV	ISOR EN C	LÍNICA				
El médico que suscribe C ha recibido las sesiones :			6-16-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-	in in the Araba in the Fig.	Sec			
DÍA ME	S AÑO		TOTAL DE					
DEL:			SESIONES RECIBIDAS					
AL								
— Fi	ma y sello del jele supervis		W\$4555	9360		ena o		
3	C.M.P		Lima,	de		et com	())	





FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICO - BIOLÓGICA DE PACIENTES PARA INGRESO A PROGRAMA DE DIÁLISIS PERIÓDICA

Nombre: A)	VAREZ MUN	102	EL B	i <i>6</i> N	Autogenerado: 419 4970	ANHOE O
I EVALUACI	ÓN CLÍNICA					
Causa de Insufi	ciencia Renal Crónica:	ME E	oliqu	utice		mondoni a
Antecedentes m	nédicos de importancia:Z	DC-7	en H	2.246	x c y c	
trout	00XS 00 576			120.000.000.000.000.000.000.000.000.000		
H. per	action and bromage					***************************************
Antecedentes q	uirúrgicos de importancia:	41.74 76.002 140.01	2000-14000			
Nofre	lowing Donesty	S			es (es)	
460,000 000000 0000000000000000000000000		41				amahamawa n
• HTA:	SI No					
Diuresis residua	I diaria:			**************************************	,	
Abordaje vascul	ar:					
	Catéter transitorio	Si	No			
	Fistula arterio venosa	Si	No			
	Injerto vascular	Si	No			
• Ficha de primer	a hemodiálisis:		<u> </u>			
Apto para transplantes		Si				
		No				
		En evalu	uación			
II EVALUACI	ÓN BIOLÓGICA					
A Hematol						
Grupo sa	anguineo y RH: A C	(+)				
Hb / Hoto	41272					
Transfus	iones previas:	Si		No	Número	
B Bioquín	nico:				Dr.	
B.s. Urinark	o:					
Depurac	ión de creatinina endógena:		77_	-(/ _	óno	





PICHA DE IVALIJACIÓN CUNICO - BIOLÓGICA OB PACIENTES PARA INERESO A PROGRAMA OR DIALIBIS FERIDORCA

D.2x Serica;		
Glicemia: 94		
Úrea:		KENNE U BERLALLARY
23 S		
B.3 Serológica:	Fecha: /o/	155
Serológica para lues:	Reactivo	
	No reactivo	com = No rection
Antigeno Australiano:	Reactivo	
	No reactivo	
H. L. V.:	Reactivo	
	No reactivo	
Vacunación contra:		
Hepatitis B	Completa	
u dan Madau Maria da	En curso	
	No vacuna	
IIINDICACIONES		
• Nº de sesiones u horas de diálisis por ser		
Heparinización:		
· Otros	***************************************	
₹		

Firma médico responsable.