

FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS

HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTÍNEZ
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NOMBRE DEL ASEGURADO

Dorothée Gouvenes Agüero
(USAR LETRA DE IMPRENTA)

N° AUTOGENERADO

(COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

4906201 DOCVA009

CON- YUGE	HIJO

EDAD
23

SEXO
M F

Domicilio:

Dist.:

Teléfono:

Centro de trabajo:

Dist.:

Teléfono:

Centro Asist. Adscrito

Hospital EsSalud
HUEREM

Apto para transplante
Si No

Sesiones por semana
3V/S

A partir del
2022

Nuevo	: <input type="checkbox"/>
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

EDC 2 HD	N18.6
HTA	J10

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

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

Firma y sello del jefe de servicio
C.M.P.

Lima, 14 de octubre 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 SÓLO POR U.C.R.C.)

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

2

Lima, 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:

DÍA MES AÑO

TOTAL DE
SESIONES
RECIBIDAS

DEL:
AL