


EsSalud

SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS

FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS

 NOMBRE DEL ASEGURADO QUITONES GARCIA LUIS

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

 N° DE CARNET
ESSALUD

COLOCAR NUMERACION COMPLETA

83110910NGCL001

CON YUGE	HUGO

ETNO
<u>88</u>

SEXO
<u>X</u>

DOMICILIO

DIST.

TELF.

CENTRO DE TRABAJO

DIST.

TELF.

CENTRO ASIST. ADSCRITO

HOSPITAL ESSALUD
<u>HNGAI</u>

APTO PARA TRANSPLANTE
SI NO

SESIONES POR SEMANA
<u>3xsem</u>

A PARTIR DEL

 NUEVO
RENOVACIÓN
REUBICACIÓN
TRANSFERENCIA
CAMBIO SEROLOGÍA
REINGRESO

MOTIVO DE LA REFERENCIA

POR LA PRESENTE EL MÉDICO QUE SUSCRIBE ESTABLECE EN (LOS) DIAGNÓSTICOS(S) DE:

CIE X

1	<u>ERE-S EN HD</u>	<u>N18.6</u>
2		
3		

 Dr. H. GUTIERREZ C.
Médico Nefrólogo
C.M.P. 44177
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE
H. ALMEIDA C.M.P.

 Dr. U. VILLAR GASTILLO VELARDE
JEFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
C.M.P. 44405 R.N.E. 18975
REG. PRESTACIONAL ALMÉNARA
FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO
C.M.P.

 FIRMA Y SELLO PRESIDENTE
COMITÉ DIÁLISIS PERIÓDICA

C.M.P.

1

LIMA

DE

DEL 20...

ORDEN DE REFERENCIA

SEÑORES:

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

N°

--	--	--	--	--

DISTRITO

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

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA U.G.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 PERÍODO SIGUIENTE:

DEL:	DIA	MES	AÑO
AL:			

 TOTAL DE
SESIONES
RECIBIDAS

--

 FIRMA Y SELLO JEFE SUPERVISOR
C.M.P.

LIMA

DE

DEL 20...

3

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

NOMBRE : QUIJONES GARCIA LUIS MIGUEL

AUTOGENERADO : 8311091QNGCL001

I - EVALUACIÓN CLÍNICA :

Causa de Insuficiencia Renal :

ETIOLOGÍA INCIERTA

- el (14/02/2019)

C786 - NEFRECTOMÍA TOTAL el (07/07/2017)

B56300 - LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA el (05/08/2016)

D312 - CURA QUIRURGICA DE VARICOCELE, HIDROCELE, HEMATOCE
el (25/03/2014)

HTA :

☒ SI

☐ No

Peso:

67,00

Talla :

1,70

Índice de Masa Corporal :

23,18339100346

Superficie de Masa Corporal :

1,7787323825941

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 :

Hematocrito :

25,90

Transfusiones previas :

☐ SI

☐ No

Número :

B) Bioquímica

B.1. Urinario :

Depuración de creatinina endógena :

B.2. Sérica :

Glicemia

100

Úrea

4,3

Creatinina

1,1 POST HD

Ácido úrico

0,6

Proteínas Totales

6,1

Albumina

3,8

Calcio

9

Fósforo

5,8

B.3. Serología :

Serología para lues

NEGATIVO

Antígeno de superficie de superf. VHB

NEGATIVO

Ac. contra el antígeno de superf. VHB :

1000

Anticuerpo para Hepatitis C :

NEGATIVO

H.I.V. :

NEGATIVO

Vacuna contra Hepatitis b :

Completa

III - INDICACIONES :

Nro de sesiones u. horas de diálisis por semana :

2V/SEM

Heparinización :

30UI/KG/HR

Otros :


DR. HUGO QUIROZ C.
Médico Nefrólogo
C.M.P. 43177
H. ALMENARA - EsSalud