

**EsSalud**

SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS

FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS

NOMBRE DEL ASEGURADO

Marínas Poy na Maruja Nini

(USAR LETRA DE IMPRINTA)

N° DE CARNET
ESSALUD

COLOCAR NUMERACION COMPLETA

63 03 16 01 12 R N 004

CON YUGO	HUJO

EDAD
57

SEXO
M X

DOMICILIO

DIST.

TELF.

CENTRO DE TRABAJO

DIST.

TELF.

CENTRO ASIST. ADSCRITO

HOSPITAL ESSALUD
HNGAS

APTO PARA TRANSPLANTE
SI NO

SESIONES POR SEMANA

A PARTIR DEL

NUEVO	<input type="checkbox"/>
RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/>
REUBICACIÓN	<input type="checkbox"/>
TRANSFERENCIA	<input type="checkbox"/>
CAMBIO SERCLOGIA	<input type="checkbox"/>
REINGRESO	<input type="checkbox"/>

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

1	ERC 5 on HD	N18-6
2		
3		

Dr. Hugo Gutiérrez C.
Médico Nefrólogo
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE
H. ALMENDRA

Dr. Edwin R. Castillo Velarde
JEFE DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
C.M.P. 34405-R.F.E. 20175
RED PRESTACIONAL ALMENDRA
FIRMA Y SELLO DEL PRESIDENTE DEL C.M.P.

FIRMA Y SELLO PRESIDENTE
COMITE 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 OTORGARA
LAS SESIONES DE DIÁLISIS ESPECIFICADAS POR EL MÉDICO TRATANTE, Y BAJO LAS
CONDICIONES DETALLADAS EN LA FICHA CLÍNICO-BIOLÓGICAHASTA
EL

DIA	MES	AÑO

N°

--	--	--	--

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 PERÍODO SIGUIENTE:

DEL
AL

DIA	MES	AÑO

TOTAL DE
SESIONES
RECIBIDAS

--

FIRMA Y SELLO JEFE SUPERVISOR
C.M.P.

LIMA, DE DEL 20...

3

FECHA		
AÑO	MES	DÍA
	10	12

HOJA DE REFERENCIA

FAVOR LLENAR LOS DATOS CON LETRA
DE IMPRENTA

NUMERO

ORIGEN

DESTINO

II. SIS REGIONAL DE SALUD				SERVICIO	SERVICIO	ESPECIALIDAD	CODIGO
MDR	SDR	CENT.	DM	NEFROLOGIA	C.N SALUD RENAL	HEMODIALISIS	
PMCM	<input type="checkbox"/> HI	<input type="checkbox"/> HWL		CODIGO	HI <input type="checkbox"/> HII <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>		CODIGO
PDL	<input type="checkbox"/> HLL	<input type="checkbox"/> NAC.		NOMBRE O UBICACION	HLL <input type="checkbox"/> NAC. <input type="checkbox"/>	NOMBRES	

III. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	Nº Seguro Social
Mariano		Ayala		Mariana Mini	650316013RN004
EDAD Y SEXO	CONDICION ASEGURADO	DOMICILIO		TELF:	
M. F. T. D. P.					
		NOMBRE DE LA EMPRESA		TELF:	

V. RESUMEN HISTORIA CLINICA

PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS

ANAMNESIS:

HALLAZGOS DEL EX. FISICO AL SER REFERIDO

P.A.	F.C.	m	T.	°C.	FR.
------	------	---	----	-----	-----

PACIENTE ESTABLE

SEROLOGÍA NEGATIVA

RESULTADOS PRUEBAS DIAGNOSTICOS (ANEXOS)

TRATAMIENTO INSTAURADOS:

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	CODIGO
1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS	N18.6
2.	
3.	

MOTIVO REFERENCIA: CONTINUIDAD DE HEMODIÁLISIS

VI. MEDICO QUE AUTORIZA LA REFERENCIA

AUTORIZADO POR:

FIRMA Y SELLO (Jefe de Servicio o Dpto.)	FIRMA Y SELLO (del Director o su Representante.)
--	--

VI. DE LA CENTRAL DE REFERENCIAS

CITA OTORGADA	AÑO	MES	DÍA	HORA
HOSPITAL	SERVICIO	CONSULTORIO	CAMA	
FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO		FIRMA Y SELLO JEFE UNIDAD DE REFERENCIA		