

FORMULARIO DE SOLICITUD DE Ingreso a DPCA TRANSITORIO

FECHA : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ EDAD: _____ años SEXO : Femenino Masculino

Trámite: a coordinar:
 ya realizado: Fecha de ingreso: ____/____/____

Centro de DPCA: _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional: _____ Nombre _____

Firma _____ POR EL IMAE: _____

Este formulario debe venir acompañado de la Hoja de Identificación del paciente del F.N.R. con los datos completos y actualizados del mismo (NO es necesario el aval de la institución de origen) y fotocopia de cédula de identidad.

TRAMITE:

CAMBIO TRANSITORIO DE TÉCNICA DE DIÁLISIS - PASE A DPCA

Centro o Servicio de hemodiálisis: _____ Código _____

Centro o Servicio de DPCA: _____ Código _____

Motivo del cambio de técnica: Elección del paciente
 Agotamiento de accesos vasculares
 Infección
 Insuficiencia del peritoneo
 Otra _____

Observaciones _____
