

**FORMULARIO de SEGUIMIENTO de PRE-TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO
(Medicina Transfusional- pacientes en lista de espera)**

Fecha de ingreso al control : ___/___/___

N° de registro FNR _____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

COORDINADOR DEL PROGRAMA

N° CP _____ Nombre _____ Firma _____

Adjuntar estudios realizados y resumen clínico.