

Formulario para CADUCAR Ingreso a DIÁLISIS PERITONEAL TRANSITORIO

FECHA : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____

=====

Trámite: a coordinar:
 ya realizado:

Fecha de re-ingreso a hemodiálisis: ____/____/____

Centro de Hemodiálisis: _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional: _____ Nombre _____

Firma _____ POR EL IMAE: _____

**Este formulario debe enviarse al FNR cuando el paciente deja la
Diálisis Peritoneal transitoria y vuelve a hemodiálisis.**

Observaciones

