

## 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_