



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Diálisis

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Informe confidencial del servicio de nefrología

| | | |
|-----------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------|
| Apellidos: _____ | Nombre: _____ | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Fecha de nacimiento : _____ | Domicilio: _____ | |

Detalles sobre el tratamiento de la insuficiencia renal

Tipo de diálisis

hemodiálisis diálisis peritoneal

en un centro ambulatoria hemodiálisis en casa

Fecha del comienzo de la diálisis crónica:

¿Trasplante renal anterior?

si no

¿Está previsto un trasplante renal?

si no ¿por qué?: _____

Causa de la insuficiencia renal terminal

enfermedad renal primaria ¿cuál?: _____

enfermedad sistémica ¿cuál?: _____

otra etiología ¿cuál?: _____

Complicaciones

¿Episodios de flebitis (en la hemodiálisis) o de peritonitis (en la diálisis peritoneal)

no si: ¿cuántas veces en el último año? _____ ¿cuándo fue el último? _____

Patología concomitante

¿Existen otras enfermedades asociadas (como por ejemplo factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares, anemia renal u osteodistrofia renal)?

no si: ¿cuáles? _____

en caso de diabetes, indicar tipo 1 tipo 2

Otros tratamientos

¿Existe otro tratamiento a largo plazo exceptuando la diálisis?

no si: ¿cuál? _____

Controles

¿Quién se encarga de efectuar los controles periódicos?

servicio especializado: ¿fecha del último control? _____

nefrólogo especializado en diálisis: ¿fecha del último control? _____

otros: ¿quien? ¿fecha del último control? _____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Diálisis

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Resultados del último control

| Exámenes | Fechas | Resultados | Valores normales |
|-----------------------------|---------------|-------------------|-------------------------|
| Presión arterial | | | |
| En suero | | | |
| Creatinina | | | |
| pre-diálisis | | | |
| post-diálisis | | | |
| Calcio | | | |
| Fosfato | | | |
| Parathormona | | | |
| Colesterol | | | |
| Triglicéridos | | | |
| En sangre | | | |
| Hemoglobina (o hematocrito) | | | |
| Test VIH | | | |
| Otros | | | |

Observaciones y comentarios finales

Lugar y fecha

Servicio de nefrología o nefrólogo tratante

Nombre, dirección, teléfono y firma