



**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**

<b>Exámenes</b>	<b>Fechas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Valores normales</b>
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