



Centro de Hemodiálisis | Información de Visitante

Esta información nos ayudará a prescribir los tratamientos del paciente tal como los lleva habitualmente en su centro de hemodiálisis; debe ser llenado por el médico tratante o enfermera de hemodiálisis. Contáctenos para cualquier duda.

Paciente

Nombre Completo			
Residencia	País	Ciudad/Estado	
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
Teléfono			
Correo Electrónico			
Sexo			
Femenino			
Masculino			

Centro de Hemodiálisis Principal

Nombre del Centro			
Persona de Contacto			
Teléfono		Correo Electrónico	

Indicaciones de Hemodiálisis

Acceso Vascular	Catéter	15G	Heparina	
	Fístula	Grosor Aguja 16G		Inicial
	Injerto	17G		Infusión
Tiempo de Sesión (min)		Peso Seco (kg)		Alergias
Frecuencia Semanal		Estatura (m)		
Superficie del Filtro		UF Máximo (l)		
Temp. Dializante (°C)		K		Medicamentos
Flujo Sanguíneo (QS)		CNa		
Flujo Dializante (QD)		Ca		
Observaciones y/o Indicaciones Especiales				

Información Complementaria

Por favor complete esta hoja de indicaciones con la siguiente información médica del paciente. Puede entregarle copia física al paciente o enviarla escaneada en un archivo PDF a nuestro correo electrónico. Consulte nuestro aviso de privacidad en la página WEB. ¡Gracias!

- ☐ Estudios de laboratorio mensuales recientes
- ☐ Panel viral (serologías) hepatitis B, hepatitis C, VIH
- ☐ Copia de identificación oficial

Firma y/o Sello del Médico Tratante o del Centro de Hemodiálisis

contact@soundialys.com

hdvacaciones@soundialys.com

www.soundialys.com

Ave. De Los Tules 168-10, Las Aralias. Puerto Vallarta, Jalisco 48328 México.

Teléfono +52 322 293 6906 | WhatsApp +52 322 120 9824