

PLANILLA DE INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD RENAL DE IOMA

Por la presente, solicito el ingreso del Sr/Sra. _____
Afiliado a IOMA n°: _____, con DNI: _____
Domiciliado en: _____
de la Ciudad de: _____, Partido de: _____
Fecha de Nacimiento: __/__/____

El mismo presenta los criterios solicitados para el ingreso al PSRI:
(marcar lo que corresponda)

Diabetes Mellitus	SI	NO
Hipertensión Arterial	SI	NO
Enfermedad Renal en curso	SI	NO
Familiar directo (padres, hijos, y/o hermanos) con Insuficiencia Renal en Diálisis o Transplantados Renales	SI	NO

Medicamentos: _____

Diagnóstico: _____

Sin otro particular, saludo atte.

Nombre y Apellido del Médico: _____
Matrícula: _____
Especialidad: _____
Domicilio profesional: _____
Ciudad: _____ Partido: _____
Teléfono: ____ - _____
Dirección de e-mail: _____

Fecha __/__/____

.....
Firma y Sello del Profesional Médico