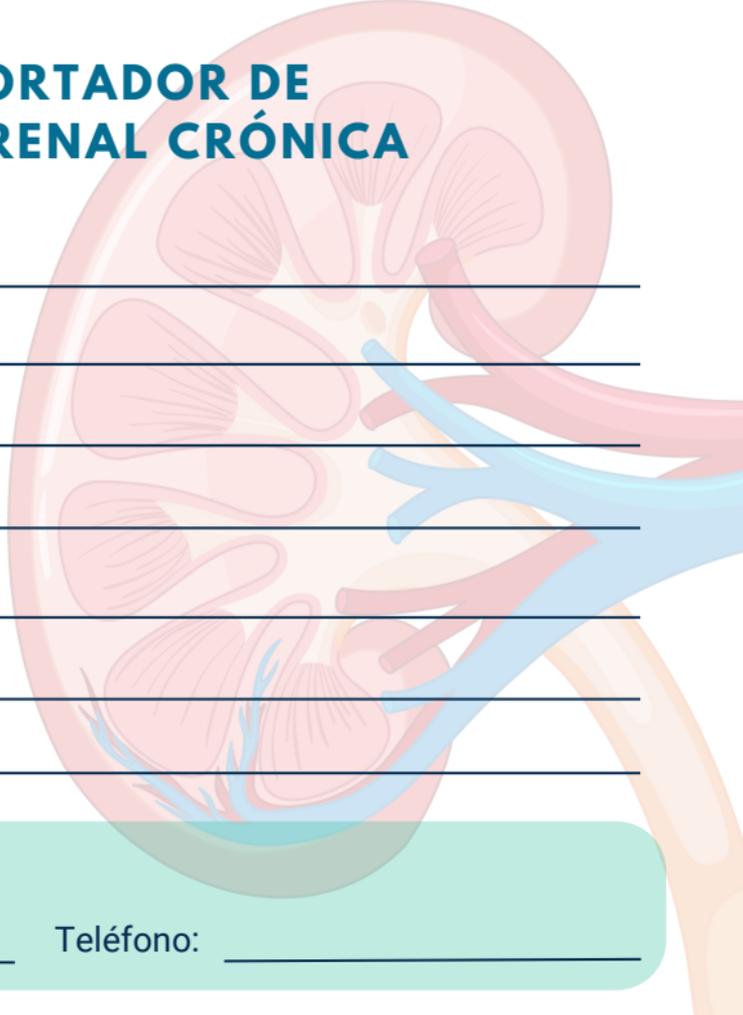


CARNET PORTADOR DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



Nombre:

C.I.:

Fecha de nacimiento:

Comuna residencia:

Hospital base:

Teléfono:

Correo electrónico:

En caso de emergencia llamar a:

Nombre: _____

Teléfono: _____

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Prediálisis Hemodiálisis Diálisis Peritoneal Trasplante

ACCESO VASCULAR

Catéter peritoneal Catéter vascular Fístula arteriovenosa

COMORBILIDADES

Hipertensión arterial Diabetes mellitus Cardiopatías Epilepsia

MEDICAMENTOS

Insulina Inmunosupresores Anticoagulantes

OTROS

Alergias Orina Sí No Grupo sanguíneo _____

OBSERVACIONES Por ej. Tipos de alergia

