

## HOLIDAY DIALYSIS REQUEST

### SOLICITUD PARA DIÁLISIS EN VACACIONES

#### PATIENT PERSONAL DETAILS / ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE:

Name / Nombre:		Date of birth / Fecha de nacimiento:	
Last Name / Apellidos:			
Address / Dirección:			
City / Ciudad:		State / Estado:	
Country / País:		Zip Code / C.P.	
Home Phone (Include area code) / Teléfono de casa:			
Mobile / Celular:		E-mail:	

Contactable relative's name / Nombre de un contacto:	
Relationship / Relación:	
Arrival date on vacation / Fecha de llegada vacacional:	Departure date / Fecha de regreso:
Address while on holiday / Dirección durante sus vacaciones:	
Telephone number while on holiday / Teléfono durante sus vacaciones:	

*To be completed by doctor or dialysis unit staff / Para ser completado por el médico o equipo de unidad de diálisis:*

#### NEPHROLOGIST INFO / DATOS DEL MÉDICO NEFRÓLOGO:

Hemodialysis Unit name / Nombre de Unidad de Hemodiálisis:	
Address / Dirección	State / Estado:
Country / País:	Unit Phone / Teléfono:
Nephrologist name / Médico Nefrólogo:	
Phone / Teléfono	Fax:
E-mail:	

Cause of renal failure / Causa de la insuficiencia renal:	
Other medical problems / Otros problemas médicos	1.
	2.
	3.
On dialysis treatment since (date) / Fecha de inicio de diálisis:	

To be completed by doctor or dialysis unit staff / Para ser completado por el médico o equipo de unidad de diálisis:

BLOOD TEST-SEROLOGY / PRUEBA DE SEROLOGÍA SANGUÍNEA:	
Hepatitis B:	Date / Fecha:
Hepatitis C:	Date / Fecha:
HIV / VIH:	Date / Fecha:

LAST PARACLINICAL / ÚLTIMOS PARACLÍNICOS:	
Date / Fecha:	
Hb (g/dl):	
Urea (mg/dl):	
Na (mEq/L):	
K (mEq/L):	
Calcemia (mg/dl):	
Fosfatemia (mg/dl):	
Albúmina (g/dl):	

Please include copies of latest Hepatitis B, C and HIV Blood Test results /  
Favor de incluir copias de los últimos resultados de Hepatitis B, C y VIH

KNOWN ALLERGIES / ANTECEDENTES DE ALERGIAS:	
-	
-	
-	
-	

**DIALYSIS DETAILS / DETALLES DE DIÁLISIS:**

Hemodialysis Unit name / Nombre de Unidad de Hemodiálisis:		
Current weight (kg) / Peso actual:	Height (m) / Altura:	
Dry weight / Peso seco:	Interdialytic gain / Ganancia inter-dialítica:	
Blood Pressure / Presión sanguínea	Pre:	Post:
Dialysis duration (hours) / Duración de la diálisis (hora):		
Frequency (week) / Frecuencia (semanal):		

**DIALYSIS PROBLEMS / PROBLEMAS DURANTE LA DIÁLISIS:**

-
-
-

*To be completed by doctor or dialysis unit staff / Para ser completado por el médico o equipo de unidad de diálisis:*

Last results for dialysis adequacy / Resultados de última adecuación de diálisis:		
Kt/V:	URR:	Date / Fecha:

Current medication (generic names) / Tratamiento farmacológico actual (nombres genéricos):		
rHuEPO:	Dose / Dosis	Frequency / Frecuencia:
-	-	-
-	-	-
-	-	-

**ANTIHYPERTENSIVES / ANTIHIPERTENSIVOS**

-
-

**OTHER / OTROS**

-
-

Concentration of the dialysate / Concentración del dializado:		
K:	Ca:	Na:
Low molecular weight heparin / Heparina de bajo peso molecular:		
Generic name / Nombre genérico:		
Dose / Dosis		
Or / O:		
Sodium heparin / Heparina sódica:		
Initial bolus / Bolo inicial:		
Hourly / Horaria:		

NAME AND SIGNATURE BY NEPHROLOGIST / NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO NEFRÓLOGO:
---

Date / Fecha:	Signature / Firma:
---------------	--------------------

**SUBMIT**  
**ENVIAR**

info@certezalaboratorio.com  
+52 (998) 840-0656

[www.certezalaboratorio.com](http://www.certezalaboratorio.com)

Av. Jose Lopez Portillo Lote 2-01 Manzana 60, Region 100, 100, 77500 Cancún, Q.R., Mexico