



Se trata de un formulario PDF rellenable. Introduzca primera la información.  
Cuando se haya completado, imprimir en tamaño 100%.  
Corte a lo largo de las líneas continuas y doble por la mitad dos veces.

Este panel superior izquierdo debe estar mirando hacia fuera

## ESTOY EN DIÁLISIS.

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
Red: \_\_\_\_\_ Número libre de costo: \_\_\_\_\_

Kidney Community Emergency Response  
(KCER) Program  
www.kcercoalition.com

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_  
Necesidades especiales: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL

Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Contacto en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nefrólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Nefrólogo: \_\_\_\_\_

### PRESCRIPCIÓN DE DIÁLISIS

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ veces a la semana  
Dializador: \_\_\_\_\_  
Dializado: \_\_\_\_\_  
Número de Medicare: \_\_\_\_\_  
Número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
Otro seguro: \_\_\_\_\_

### CENTRO DE DIÁLISIS

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

marca de plegado

marca de plegado

marca de plegado