

Nombre del nuevo afiliado			
¿El afiliado recibe hemodiálisis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El afiliado recibe diálisis peritoneal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del centro de diálisis			
Dirección del centro de diálisis			
	Ciudad		Código Postal
Número de teléfono del centro de diálisis			
Horario de tratamiento de diálisis	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> N/A Fecha de tratamiento: _____		
¿El afiliado necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso de respuesta afirmativa, ¿el afiliado tiene algún requerimiento especial como silla de ruedas, camilla, puerta a puerta, o acera a acera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enumere:		

**¿Además de su nefrólogo, cuál otro tipo de cuidado/proveedores de rutina usted visita?**

Enumere todos los que apliquen: especialistas, cuidado médico domiciliario, provisiones/equipos médicos, etc. Nos comunicaremos con ellos para solicitarles que continúen brindándole atención.

Nombre del proveedor			
Número de teléfono o dirección			
Fecha de la próxima cita			
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del proveedor			
Número de teléfono o dirección			
Fecha de la próxima cita			
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor	
Número de teléfono o dirección	
Fecha de la próxima cita	
¿Necesita asistencia con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No