

## Formulario de gestión de casos de Bridge

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	
<b>Si su respuesta es no a ambas preguntas anteriores, no complete este formulario y avance a la Evaluación de riesgos para la salud.</b>			
Nombre del centro de diálisis			
Dirección del centro de diálisis			
	Ciudad		Código postal
Número de teléfono del centro de diálisis			
Programa 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   Tiempo de tratamiento: _____		
¿El afiliado necesita ayuda con el transporte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿el afiliado tiene algún requisito especial, como silla de ruedas, camilla, servicio puerta a puerta o servicio de acera a acera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enumerar:

### Además de su nefrólogo,

#### ¿qué otra atención de rutina recibe o qué otros proveedores lo atienden?

Enumere todas las opciones que correspondan: especialistas, salud a domicilio, equipos/suministros médicos, etc. Nos pondremos en contacto con ellos para solicitarles que continúen brindándole atención.

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

## Formulario de gestión de casos de Bridge (Cont.)

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