XII, JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS

Logroño, del 3 al 6 de septiembre de 2026.

CERTIFICADO MÉDICO DIÁLISIS

Es totalmente imprescindible para poder participar en los Juegos, adjuntar este certificado médico actualizado y debidamente cumplimentado con firma y sello del responsable médico de nefrología.

Es necesario que el nivel general de salud y condición física del competidor sea estable a juicio de su médico nefrólogo, siendo distinto para cada individuo, sea diálisis peritoneal o hemodialisis, niño o adulto y según el requerimiento físico para cada prueba en específico.

Información paciente

Apellidos:			Nombre:		
Fecha nacimiento:					
Dirección:			Población:		
Teléfono casa:			Móvil:		

Familiar de contacto:

Apellidos:	Nombre:
Número contacto:	

Centro de diálisis

Nombre:	
Dirección:	
Médico de referencia:	Número contacto:
Enfermera de referencia:	Número contacto:

XII, JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS

Logroño, del 3 al 6 de septiembre de 2026.

Datos Médicos

Enfermedad:	Fecha 1ra diálisis:
Estado actual de salud:	

Detalles médicos

Fecha analítica:	Creatinina:	Hb:	Bp:
Desorden muscular:		Diabetes:	Insulina:
Detalles visión	Óptima:	Deficiente:	Ceguera:
Warfarina:	Último INR:	Peso:	Altura:

Medicación:

Alergias:

INFORMACIÓN ACTUAL DE DIÁLISIS

Consentimiento paciente para diálisis

Días diálisis:	Duración:	No. sesiones:
Peso seco:	Promedio peso intradiálisis:	Altura:
Dialisante (tipo filtro):		Nombre:
Enfermera de referencia:		Teléfono:

Concentrado	K	CA	Gluc.
Complicaciones durante HD:			
Requerimientos anticuagulantes			
Tipo:	Dosis:	Continuo:	Tiempo:
Pomedio BP	Pre-Diálisis:	Post-Diálisis:	

ACCESO			
Tipo:	CVC	Calibre arteria	Calibre vena:
Comentarios:			
Hepatitis B:	Hepatitis C:	VIH:	

Diálisis Peritoneal

Enfermedad:	
Prescripción APD:	
CAPD:	
Dificultades ultrafiltración:	Descripción:

DÍAS REQUERIDOS DE DIÁLISIS PERITONEAL

Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	

DÍAS REQUERIDOS DE HEMODIÁLISIS

Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	

Comentarios Médicos (relacionados con la diálisis o cualquier otro padecimiento o tratamiento)

Médico Oncólogo

Nombre:		Apellido:	
Teléfono:		E-mail:	
Centro Hospitalario:			
Sello y Firma:			

Información del paciente

1. Analítica
2. Prueba VHB
3. Prueba VHC
4. Prueba VIH
5. Reporte Médico
6. Lista de requerimientos médicos

IMPORTANTE

Los resultados de la analítica y de las pruebas de virología deben ser de, como máximo, DOS SEMANAS antes de la realización del los Juegos Nacionales. Todos los pacientes en diálisis deberán traer con ellos una copia en papel de su documentación médica, además de éste formato, para entregar en el centro de diálisis designado.

CALENDARIO DE DIÁLISIS

El tratamiento de diálisis se establecerá de acuerdo a los requerimientos expresados por cada paciente en este formulario. En cuanto la organización cuente mayor información se la hará llegar a todos los interesados.

Para rellenar por el Centro de Diálisis

Responsable médico de recibir temporalmente al paciente

Nombre:		Apellido:		Fecha:	
Firma:				Sello:	

XII, JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS

Logroño, del 3 al 6 de septiembre de 2026.

COMPETIDOR

Nombre:		Apellido:		Fecha nacimiento:	

Certifico que el/ella no presenta ninguna contraindicación para participar en la lista de deportes que se describen a continuación, los cuales ha practicado sin ningún problema de salud en los últimos meses:

Competición	Visto Bueno del médico

Con mi firma doy fe de que mi paciente ha complementado satisfactoriamente su revisión médica (analítica y/o cualquier estudio necesario) y que no existe ningún criterio médico que desaconseje su participación en los Juegos Nacionales de Trasplantados (extendidos a los pacientes en diálisis).

Médico nefrólogo

Nombre:	Apellido:	
Correo electrónico:		Fecha:
Centro Hospitalario:		Teléfono:

Médico nefrólogo

Sello:

Firma del médico