

Consorcio III FOFEMI

Cufré 1781 - Montevideo
Teléfono: (02)1750 - Interno 118
Fax: (02)4027122
Email: fofemi@femi.com.uy

Vigencia: 01/08/2007

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: ___/___/___

1° Nombre: _____ 2° Nombre: _____

1° Apellido: _____ 2° Apellido: _____

Sexo: Femenino Masculino

Documento de Identidad N°: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Domicilio:

Calle _____ N° de puerta _____ Otra
designación _____

Localidad _____ Departamento _____

Contacto personal:

Teléfono fijo: _____ Teléfono Móvil: _____

E-mail : _____

AVAL DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN

ACTO MÉDICO SOLICITADO: _____

Institución: _____
Nombre (Sello de la Institución)

Dirección Técnica: _____
(Sello y Firma)

Vigencia: 01/08/2007

INSTRUCTIVO

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

El formulario debe ser correctamente completado, con letra de imprenta.

N° de documento:

Debe ser completado con:

1) Si el paciente es uruguayo: N° de cédula de identidad.

2) Si es extranjero:

N° de documento nacional de identidad del país del paciente o N° de pasaporte.

Se debe adjuntar a este formulario fotocopia de ambos lados del documento del paciente.

En caso de el paciente no posea documentación por ser menor de edad, se debe presentar fotocopia de ambos lados de la cédula de identidad de: (en este orden y siempre indicando el vínculo con el paciente)

1) la madre y el padre 2) tutor, curador u otro responsable legal del menor 3) familiar o adulto responsable

Nombres y Apellidos del paciente.

Completar como figuran en el documento de identidad.

Fecha de nacimiento del paciente.

Completar como figuran en el documento de identidad

Sexo del paciente

(marcar el que corresponda)

Domicilio particular

Se refiere al domicilio propio del paciente.

Se debe completar la calle y el n° de puerta por se parado, en caso de que no exista el n° de puerta completar con SN.

Otra designación hace referencia a cualquier otra información adicional del domicilio (Ej: Piso, Apartamento, Block , Pasaje, Senda , Complejo, Km, Paraje, Parada, Manzana, Solar, etc).

Aclarar bien la Localidad y el Departamento por separado.

Contacto personal

Se refiere al número de teléfono fijo y móvil e e-mail del propio paciente.

Se debe completar por separado la característica de localidad o el proveedor y el número de teléfono.

AVAL DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN

En este cuadro se debe completar:

- El nombre de la institución de origen del paciente,
- El sello de dicha institución.

- La firma y el sello del Director Técnico de la misma que avala que el paciente pertenece a dicha institución.

ACTO MÉDICO SOLICITADO

En este cuadro se debe completar claramente el acto médico que se está solicitando y para el cual se está otorgando el aval de la institución de origen del paciente.
