



Cufre 1781 – Montevideo  
Teléfono: (2)1750 – Interno 130  
Fax: 24027122  
Email: fofemi@femi.com.uy

Vigencia: 01/12/2015

## HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1º Nombre: \_\_\_\_\_ 2º Nombre: \_\_\_\_\_

1º Apellido: \_\_\_\_\_ 2º Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

C.I.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Domicilio:

Calle \_\_\_\_\_ N° de puerta \_\_\_\_\_

Otra designación \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Contacto personal:

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

---

Médico que solicita el Tratamiento:

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

C.I.: \_\_\_\_\_ CJPPU: \_\_\_\_\_

### **AVAL DE LA INSTITUCIÓN DE ORIGEN**

ACTO MÉDICO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Nombre

(Sello de la Institución)

Dirección Técnica: \_\_\_\_\_

(Sello y Firma)