



Vigencia: 01/12/2016

Cufré 1781 – Montevideo
Teléfono: (2)1750 – Interno 130
Fax: 24027122
Email: fopremi@fopremi.com.uy

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO **CIRUGÍA NEONATAL**

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha: ____/____/____

Apellidos: _____ **Nombres:** _____

C.I.: _____ **Fecha de nac.:** ____/____/____

Edad: _____ **Peso:** _____ **Sexo:** **F** **M**

Datos del familiar responsable: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ **Departamento:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

Patología diagnosticada:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> HERNIA DIAFRAGMÁTICA | <input type="checkbox"/> MIELOMENINGOCELE | <input type="checkbox"/> ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE |
| <input type="checkbox"/> ATRESIA ESÓFAGO | <input type="checkbox"/> MALFORMACIONES ANORRECTALES | <input type="checkbox"/> GASTROSQUISIS / ONFALOCELE |

Fecha de confirmación de diagnóstico: _____

Estudios diagnósticos realizados:

Institución de origen: _____

Médico tratante: _____

Institución prestadora: _____

Coordinador que autoriza: _____

Fecha de envío del paciente: _____

Aval de la institución de origen: _____

(Sello y firma de la Dirección Técnica)