



Vigencia: 01/12/2016

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO **RECIÉN NACIDO DE MUY BAJO PESO**

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha: ____/____/____

Apellidos: _____ **Nombres:** _____

C.I.: _____

Sexo:

M

F

Fecha de nac.: ____/____/____ **Hora:** ____ **Peso al nacer:** _____

Familiar responsable (nombre y grado de parentesco):

Dirección: _____

Localidad: _____ **Departamento:** _____

Teléfono(s): _____

Patología asociada diagnosticada:

Estudios diagnósticos realizados:

Institución de origen:

Médico referente:

Trasladado a CR (UCEP):

Derivación fuera de FOPREMI (motivo)

Coordinador que autoriza:

Fecha de envío del paciente:

Aval de la institución de origen:

(Sello y firma de la Dirección Técnica)