



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

Vigencia: 01/12/2016

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO **LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA**

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ **Nombres:** _____

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

Edad: _____

Sexo:

M

F

Dirección: _____

Localidad: _____ **Departamento:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

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)