



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

Vigencia: 01/12/2016

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)