



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

Cufré 1773 – Montevideo  
Tel.: 24038155 – Ints. 1130-1131  
[fopremi@fopremi.com.uy](mailto:fopremi@fopremi.com.uy)

## SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO RADIOCIRUGÍA

Tratamiento solicitado:

- Radiocirugía  
 Radioterapia Esterotaxica Fraccionada

Datos del paciente:

1° Nombre: \_\_\_\_\_ 2° Nombre: \_\_\_\_\_

1° Apellido: \_\_\_\_\_ 2° Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

C.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contacto personal:

Teléfono fijo o Móvil: \_\_\_\_\_

---

Médico que solicita el Tratamiento:

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

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

---

Institución de origen: \_\_\_\_\_

Institución prestadora: \_\_\_\_\_

Derivación fuera de FOPREMI (motivo) \_\_\_\_\_

Aval de la institución de origen: \_\_\_\_\_

(Sello y firma de la Dirección Técnica)