



Cufré 1773 – Montevideo
Tel.: 24038155 – Ints. 1130-1131
fopremi@fepremi.com.uy

Fecha: ____/____/____

SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO LITOTRICIAS

Tratamiento solicitado:

- Litotricia Extracorpórea
 Litotricia Endourológica
 Litotricia Percutánea

Datos del paciente:

1° Nombre: _____ 2° Nombre: _____

1° Apellido: _____ 2° Apellido: _____

Sexo: Femenino Masculino

C.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

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)