



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

Fecha: ____/____/____

SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO CIRUGÍA NEONATAL

Patología:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> HERNIA DIAFRAGMATICA | <input type="checkbox"/> MIELOMENINGOCELE | <input type="checkbox"/> ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE |
| <input type="checkbox"/> ATRESIA DE ESÓFAGO | <input type="checkbox"/> MALFORMACIONES ANORRECTALES | <input type="checkbox"/> GASTROSQUISIS / ONFALOCELE |

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I.: _____

Sexo: F M

Fecha de nac.: ____/____/____

Edad: _____

Adulto responsable: _____

Grado de parentesco: _____

Institución de origen: _____

Institución prestadora: _____

Derivación fuera de FOPREMI (motivo) _____

Fecha de envío del paciente: _____

Aval de la institución de origen: _____

(Sello y firma de la Dirección Técnica)