



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

Fecha: ____/____/____

SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO **LEUCEMIA MIELOBLASTICA AGUDA**

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ Nombres: _____

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

Edad: _____ Sexo: **M** **F**

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)