

## FORMULARIO DE INICIO DE TRÁMITE EN EL FNR

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

### Datos del Paciente:

Nº de documento: \_\_\_\_\_ -- Tipo:  CI  DNI extranjero  Pasaporte extranjero  
 Otro País: \_\_\_\_\_

1er nombre \_\_\_\_\_ 2do nombre \_\_\_\_\_

1er apellido \_\_\_\_\_ 2do apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Identidad de género:  Femenino  
 Masculino  Otro

### Domicilio personal

Calle \_\_\_\_\_ N° de puerta \_\_\_\_\_

Otra designación \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

### Contacto personal

**Teléfonos:** N° de tel fijo: \_\_\_\_\_ N° de tel movil: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Contacto alternativo

**Teléfonos:** N° de tel fijo: \_\_\_\_\_ N° de tel movil: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Datos del Referente:

Nº de documento: \_\_\_\_\_ -- Tipo:  CI  DNI extranjero  Pasaporte extranjero  
 Otro País: \_\_\_\_\_

1er nombre \_\_\_\_\_ 2do nombre \_\_\_\_\_

1er apellido \_\_\_\_\_ 2do apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Vínculo con el paciente:  Madre  Padre  Tutor/Curador  Abuelo/a  
 Hermano/a  Hijo/a  Otro

### PRESTADOR DE SALUD

Institución de asistencia del paciente: \_\_\_\_\_

Sucursal / Unidad ejecutora / Centro de salud / etc.: \_\_\_\_\_

**PRESTACIÓN SOLICITADA:** \_\_\_\_\_

IMAE (si corresponde): \_\_\_\_\_

FARMACIA DE ENTREGA (si corresponde): \_\_\_\_\_

**PACIENTE INTERNADO:**  No  Si

Lugar de internación: \_\_\_\_\_

## **INSTRUCTIVO - FORMULARIO DE INICIO DE TRÁMITE EN EL FNR**

El formulario debe ser correctamente completado, preferiblemente con letra de imprenta.

### **Datos del paciente:**

#### **N° de documento:**

Debe ser completado con:

- |                                |   |               |
|--------------------------------|---|---------------|
| 1) Si el paciente es uruguayo: | N° de cédula de identidad.<br>N° de pasaporte uruguayo<br>N° de libreta nacional de conductor | En este orden |
| 2) Si es extranjero:           | N° de documento nacional de identidad del país<br>N° de pasaporte.<br>Documento fronterizo    | En este orden |

**Nombres y Apellidos del paciente.** Completar como figuran en el documento de identidad.

**Fecha de nacimiento del paciente.** Completar como figuran en el documento de identidad

**Sexo del paciente** ( marcar el que corresponda )

**Identidad de género** (marcar la que corresponda)

**Domicilio personal** Se refiere al domicilio propio del paciente.

Se debe completar la calle y el n° de puerta por separado, en caso de que no exista el n° de puerta completar con SN. Otra designación hace referencia a cualquier otra información adicional del domicilio (Ej: Piso, Apartamento, Block , Pasaje, Senda , Complejo, Km, Paraje, Parada, Manzana, Solar, etc).  
Aclarar bien la Localidad y el Departamento por separado y el CP (código postal)

**Contacto personal** Se refiere al número de teléfono fijo y móvil e e-mail del propio paciente.

**Contacto alternativo** Se refiere al número de teléfono fijo y móvil e e-mail de una persona de referencia donde pueda ser localizado el paciente.

### **Datos del referente:**

En caso de el paciente no posea documentación por ser menor de edad, se debe presentar fotocopia de ambos lados de la cédula de identidad de: (en este orden y siempre indicando el vínculo con el paciente)

- 1) la madre y/o el padre 2) tutor, curador u otro responsable legal del menor 3) familiar o adulto responsable

En caso de que el paciente sea una persona adulta sin documentación (certificada) se debe presentar fotocopia de la cédula de una persona de referencia, indicando siempre el vínculo que tiene con el paciente.

### **PRESTADOR DE SALUD**

Se debe completar con el prestador de salud en donde se asiste el paciente en el momento de la solicitud de la prestación. En el caso de privados hay que aclarar de que sucursal se trata, en caso de que el prestador privado tenga sucursales en distintas ciudades. En el caso de ASSE se debe aclarar el hospital, centro de salud, centro departamental, centro asistencial, policlínica, etc. desde donde se realiza la solicitud de la prestación.

### **PRESTACIÓN SOLICITADA E IMAE O FARMACIA**

Se debe completar cual es la prestación que se está solicitando y en que IMAE se va a realizar en caso de solicitar un acto médico o en que FARMACIA se debe entregar la medicación en caso de solicitar un tratamiento.

### **PACIENTE INTERNADO**

Marcar si el paciente se encuentra internado al momento de la solicitud y en que lugar.