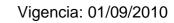


Vigencia: 01/09/2010

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

		F	echa:/_	_/
N° de documento:	·_ ·			
1er nombre	2do no	ombre		
1er apellido	2do ap	pellido		
Fecha de nacimiento:/	/ Departamen	to:	_País:	
Sexo: □ Femenino □ Mase	culino Raza:	□ Blanca	□ Negra	□ Otra
Domicilio particular				
Calle	Nde puerta			
Otra designación				
Localidad	Departamento		CP	
Domicilio alternativo				
Calle		Nde puerta		
Otra designación				
Localidad	Departamento		CP	
Contacto personal				
Teléfonos: N°de tel fijo:	1	N° de tel movil:		
E-mail				
Contacto alternativo				
Teléfonos: N°de tel fijo:	1	N° de tel movil:		
E-mail				
ACTO MÉDICO SOLICITADO				
INGRESO A PROGRAMA				
Programa:	Grupo:	Firma	resp	
Institución de asistencia del paciente:				_
Médico tratante: N℃.P	Nombre		Firma	_
14 0.1	Nombic		ιππα	





- HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

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

<u>N°de documento</u>: Debe ser completado con:

1) Si el paciente es uruguayo: N° de cédula de ide ntidad.

N° de pasaporte uruguayo En este orden

N° de libreta nacional de conductor

2) Si es extranjero: N° de documento nacional de i dentidad del país En este orden

N° de pasaporte.

Se debe adjuntar a este formulario fotocopia de ambos lados del documento del paciente.

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 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.

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

Fecha, departamento y país de nacimiento del paciente. Completar como figuran en el documento de identidad

Sexo del paciente (marcar el que corresponda)

Domicilio particular Se refiere al domicilio propio del paciente.

Se debe completar la calle y el n°de puerta por se parado, en caso de que no exista el n°de puerta co mpletar 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)

<u>Domicilio alternativo</u>
Se refiere al domicilio provisorio o transitorio actual del paciente o un domicilio de

referencia donde pueda ser localizado el paciente.

Se completa igual que el domicilio particular

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.

ACTO MÉDICO SOLICITADO

En este cuadro se debe completar claramente el acto médico que se está solicitando.

INGRESO A PROGRAMA

Se debe especificar el programa al que ingresa el paciente y el grupo que lo va a atender. El tipo de institución de orígen del paciente y nombre y firma del médico tratante.