

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: ___/___/___

N° de documento: _____ -- _____

1er nombre _____ 2do nombre _____

1er apellido _____ 2do apellido _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Departamento: _____ País: _____

Sexo: Femenino Masculino

Domicilio particular

Calle _____ N° de puerta _____ Otra designación _____

Localidad _____ Departamento _____ CP _____

Domicilio alternativo

Calle _____ N° de puerta _____ Otra designación _____

Localidad _____ Departamento _____ CP _____

Contacto personal

Teléfonos:

Característica de localidad: _____ N° de tel: _____ Prefijo movil: _____ N° de movil: _____

E-mail _____

Contacto alternativo

Teléfonos:

Característica de localidad: _____ N° de tel: _____ Prefijo movil: _____ N° de movil: _____

E-mail _____

ACTO MÉDICO SOLICITADO _____

INGRESO A PROGRAMA

Programa: _____ Grupo: _____ Firma resp. _____

Institución de asistencia del paciente: Publica Privada SFFAA

Médico tratante: _____
N°C.P. Nombre Firma

INSTRUCTIVO - HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

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

N° de documento : Debe ser completado con:

- 1) Si el paciente es uruguayo: N° de cédula de identidad.
N° de pasaporte uruguayo En este orden
N° de libreta nacional de conductor
- 2) Si es extranjero: N° de documento nacional de identidad 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 que 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 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)

Domicilio alternativo 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.

Se debe completar por separado la característica de localidad o el proveedor y el número de teléfono.

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 origen del paciente y nombre y firma del médico tratante.