



**Centro de Rehabilitación Psicosocial Dr. Alberto Martínez Visca**

Cubo del Norte 3717 – C.P. 11700 – Montevideo, Uruguay.

www.centromartinezvisca.org.uy

**SOLICITUD DE INGRESO**

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

Dr.: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
(Médico tratante que lo refiere) (Lugar de dónde se lo refiere)

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Familiar y/o referente de contacto: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Resumen de la Historia Clínica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Recomendaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agradecemos completar:**

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. / Cel.: \_\_\_\_\_

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

**ATENCIÓN:** Este formulario puede entregarse en OFICINA TÉCNICA.  
Cubo del Norte 3717 - Horario de atención: Lunes a Viernes de 9 a 15hs.  
También puede enviarse escaneado vía mail a: [cubodelnorte3717@gmail.com](mailto:cubodelnorte3717@gmail.com)  
Tels.: 2336 32 75/ 2336 3249 int. 206