

# Formulario de Contingencia para el Sistema Urgencia y Emergencia

## Condiciones de Uso del Formulario

El presente formulario se prevé como contingencia del sistema informático y por tanto debe utilizarse exclusivamente en los siguientes casos:

- El sistema informático no está disponible
- Se produce una situación no contemplada en el sistema informático

Debe completarse los campos en el PC, o en su defecto con letra de imprenta.

Una vez completado, se debe enviar por correo electrónico a la institución asistencial de origen del usuario, con copia a la Mesa de servicios del MSP: [mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)

La lista de correos de las instituciones la puede descargar desde el siguiente enlace:

<https://www.msp.gub.uy/suem/>

## Razones de Uso del Formulario

Fecha y Hora del inconveniente que determina el llenado de este formulario: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Razón de uso:  Sistema Caído  Situación NO contemplada

Descripción: \_\_\_\_\_

## Datos de la Institución Prestadora de la Asistencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

## Datos del Paciente

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Sexo: \_\_\_\_\_

## Datos de la Institucion Asistencial de Origen

Nombre: \_\_\_\_\_

## Datos de la Asistencia

Fecha y Hora de Registro del Paciente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Servicios prestados: (utilizar los mismos ítems que indica el decreto reglamentario):

Importe total (\$):

Observaciones: