

PERMANENTE

TEMPORAL

SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES
MODULO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DIAGNOSTICO _____

EDAD _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TIPO IDENTIFICACION: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

CALLE: _____

COLONIA: _____

TELEFONO: _____

DATOS FAMILIAR

NOMBRE: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____

TELEFONO: _____ PARENTESCO: _____

DATOS DEL VEHICULO

NUMERO DE PLACAS: _____

NOMBRE PROPIETARIO: _____

CALLE: _____

COLONIA: _____

C.P.: _____