

SERVICIO MÉDICO MUNICIPAL



IDENTIFICACIÓN

SERVICIO MÉDICO BENEFICIARIOS



SAN JUAN DEL RÍO
2024 - 2027



Nómina: _____

Parentesco: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Secretaría: _____

Vigencia: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tipo de sangre: _____

Alergia: _____

Teléfono de emergencias: _____

Nombre del trabajador: _____

FIRMA DEL EMPLEADO

DIRECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL

ESTA CREDENCIAL TIENE VIGENCIA POR UN AÑO Y NO ES TRANSFERIBLE