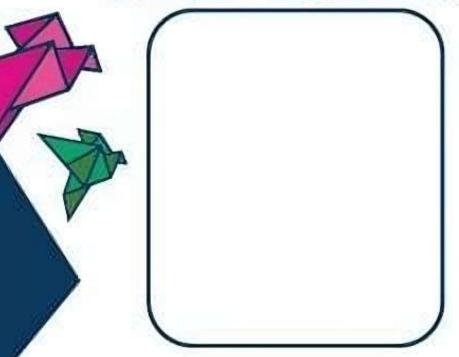
## SERVICIO MÉDICO MUNICIPAL









	-		าล						
IA I	-	100	-						
	10								
	•								
-	_		 _	_					

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