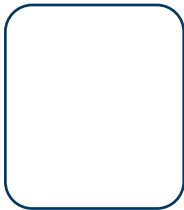


# SERVICIO MÉDICO MUNICIPAL



## IDENTIFICACIÓN

SERVICIO MÉDICO BENEFICIARIOS



**SAN JUAN DEL RÍO**

2024 - 2027



Nómina: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

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

Secretaría: \_\_\_\_\_

Vigencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencias: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL EMPLEADO**

\_\_\_\_\_  
**JEFE DE SERVICIO MÉDICO**

**ESTA CREDENCIAL TIENE VIGENCIA POR UN AÑO Y NO ES TRANSFERIBLE**