

CADA VEZ QUE ACUDA A LA UNIDAD MÉDICA. SOLICITE AL PERSONAL MÉDICO O DE ENFERMERÍA, QUE:

- Revise su Cartilla Nacional de Salud.
- Vigile su estado nutricional.
- Le realice las actividades de protección especiéna principalmente la aplicación de las vacunas que correspondan.
- Le informe las acciones para prevenir enfermedades y le realicen las pruebas de detección de acuerdo a su edad.
- Registre su próxima cita.
- Le oriente y capacite sobre los cuidados para conservar o recuperar su salud.

JUMENTOS PARA HOSPITALIZACION

ones sue à

- CARNET CON FOTO
- PASE MEDICO
- HOJA DE METODO DE PLANIFICACION
- COPIA IFE (CREDENCIAL DE ELECTOR)
- COPIA COMPROBANTE DOMICILIO

esencial para mantenerse sana.

| 73 | C. Samuel | . 200 |
|--|-----------------------------|--|
| and the same of th | | |
| 1412900814 - 1 | 1F1990©R | |
| * | All the field of Alastic Co | |
| IDENTIFICACIÓN | 1 : | |
| NOMBRE: MOYA M | IATA | <u> </u> |
| MARIA SILVIA | | |
| No. SEG SOCIAL: | 1412900814 - 1 | 1F1990OR |
| UNIDAD MÉDICA: | UMF 009 HORARIC |): <u>M</u> |
| CONSULTORIO NO | 0. 08 | |
| DATOS GENERA | ALES: | |
| CURP: MOMS | \$900731MQTYTL07 | EDAD: 026 |
| DOMICILIO: VALLE | DE MOMPANI, 315, 3 | ; '' |
| | CALLE Y NÚMERO | |
| COLON | A EL SOL, QUERÉTARO, QUI | - -RÉTARO |
| | CALIDAD DELEGAC | |
| | QUERÉTARO | · · |
| EI | NTIDAD FEDERATIVA | van van de la company de la co |
| LUGAR Y FECHA DE | NACIMIENTO: | Pathorine Park |
| CIUDAD / POBLAC | DIÓN DELEGACIÓN/ MU | NICIPIO |
| Ø s Ev⊊±rido > | 31 | 07 1990 ¹ |

DIA

MES

ENTIDAD FEDERATIVA

ΑÑΟ