

## NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES Y CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS PARA LA PLANEACIÓN, CONTRATACIÓN, OBTENCIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA

	TO MEXICANO DI ION DE PRESTA				FOLIO:	1 1	
IMSS			ACION DE SE	RVICIOS (4	-30-2/03)		
DELEGACION/ UMAE:				FECHA:	DÍA	MES AÑ	10
UNIDAD MEDICA:				PACIENTE:	1000		
		1111	1.1.1	NOMBRE:	$\overline{}$	1	1
	CLAVE PRESUPU	ESTAL:		Tro morter			
TIPO Y NÚMERO:				SEXO:	M	F $\square$	
LOCALIDAD:							
SERVICIO OUE DEDUVA					E SEGURIDAD S	SOCIAL	AGREGADO
SERVICIO QUE DERIVA NOMBRE:				CURP:			
TO III DI CE				RAMO DE	SEGURO QUE S	SE AFECTA:	<del>)                                    </del>
DIRECCIÓN:						IV PEN	SpFAM
					VIGENCIA	A DE DERECHOS	
					VIGENCIA	VE DENECHOS	
TIPO DE SERVICIO		14	ų.				
ORDINARIO:		URGENCIA:					
MOTIVO DE SUBROGA	CIÓN:	STOCHON.					
CS F	P FE	FI					
		DIAGNO	STICO Y RESUM	EN CLINICO:			
							-
				:			
				:			
		G	RUPO A SUBRO		)		
CONSULTA MEDICINA	FAMILIAR:		GRUPO A SUBRO	GAR:	CON	SULTA DENTAL	
CONSULTA MEDICINA HOSPITALIZACIÓN I		CON		GAR:		SULTA DENTAL RNO INFANTIL	
	MÉDICA	HOSPITAL	SULTA ESPECIAI	GAR:	MATER		0 1
HOSPITALIZACIÓN I	MÉDICA	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL	0
HOSPITALIZACIÓN I	MÉDICA	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL	0
HOSPITALIZACIÓN I	MÉDICA	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL	0 1
HOSPITALIZACIÓN I	MÉDICA	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL	0 1
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI CANTIDAD	MÉDICA	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL	0 1
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI CANTIDAD PROVEEDOR	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT	
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI CANTIDAD PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT	
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI CANTIDAD  PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO DOMICILIO: CONTRATO No.	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚF UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB	GAR: LIDADE S RGICA BINETE BROGAR CIFICAR:	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT	
AUX DE DX EN LAI  CANTIDAD  PROVEEDOR  NOMBRE O RAZÓN SO  DOMICILIO:  CONTRATO No.  ELABO	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB ESPEC	GAR: LIDADE S RGICA BINETE BROGAR CIFICAR:	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL:	O D
PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO DOMICILIO: CONTRATO NO. ELABO NOMBRE	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA EVICIO (S) A SUB ESPECIAI VIGENCIA DEL:	GAR: LIDADE S RGICA BINETE BROGAR CIFICAR:	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL:	
PROVEEDOR NOMBRE NOMBRE NOMBRE NOMBRE NOMBRE MATRÍCULA	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA EVICIO (S) A SUB ESPECIAI VIGENCIA DEL:	GAR: LIDADE S RGICA BINETE BROGAR CIFICAR:	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL:	
PROVEEDOR NOMBRE NOMBRE MATRÍCULA	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA EVICIO (S) A SUB ESPECIAI VIGENCIA DEL:	GAR: LIDADE S RGICA BINETE BROGAR CIFICAR:	MATER	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL:	
PROVEEDOR NOMBRE NOMBRE MATRÍCULA	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA  RVICIO (S) A SUB  ESPECIA  VIGENCIA DEL: Vo.Bo JEFE DE	GAR: LIDADES RGICA BINETE ROGAR CIFICAR:	AUX	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL:	
PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO DOMICILIO: CONTRATO NO. ELABO NOMBRE MATRÍCULA FIRMA	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA EVICIO (S) A SUB ESPECIAI VIGENCIA DEL:	GAR: LIDADES RGICA BINETE ROGAR CIFICAR:	MATER AUX I	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL: AUT. DIRE	
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI  CANTIDAD  PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO: DOMICILIO: CONTRATO NO.  ELABO NOMBRE MATRÍCULA FIRMA  NOMBRE: PACIENTE:	MÉDICA BORATORIO	HOSPITAL A SEE	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA  RVICIO (S) A SUB  ESPECIA  VIGENCIA DEL: Vo.Bo JEFE DE	GAR: LIDADES RGICA BINETE BROGAR CIFICAR: SERVICIO	AUX	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL: AUT. DIRE	
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI  CANTIDAD  PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO DOMICILIO: CONTRATO NO.  ELABO NOMBRE MATRÍCULA FIRMA  NOMBRE:	MÉDICA BORATORIO CIAL:	HOSPITAL A SEE	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB ESPECIA VIGENCIA DEL VO.BO JEFE DE DE QUE EL SER	GAR: LIDADES RGICA BINETE BROGAR CIFICAR: SERVICIO	MATER AUX I	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL: AUT. DIRE	
PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO DOMICILIO: CONTRATO NO. ELABO NOMBRE MATRÍCULA FIRMA PACIENTE: DIRECCIÓN:	MÉDICA BORATORIO CIAL:	HOSPITAL A SEE	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA  RVICIO (S) A SUB  ESPECIA  VIGENCIA DEL: Vo.Bo JEFE DE  DE QUE EL SER  RESPONSABLE:	GAR: LIDADES RGICA BINETE BROGAR CIFICAR: SERVICIO	MATER AUX I	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL: AUT. DIRE	
HOSPITALIZACIÓN I AUX DE DX EN LAI  CANTIDAD  PROVEEDOR NOMBRE O RAZÓN SO: DOMICILIO: CONTRATO NO.  ELABO NOMBRE MATRÍCULA FIRMA  NOMBRE: PACIENTE:	MÉDICA BORATORIO CIAL:	HOSPITAL A SEE	SULTA ESPECIAI IZACIÓN QUIRÚI UX DE DX EN GA RVICIO (S) A SUB ESPECIA VIGENCIA DEL VO.BO JEFE DE DE QUE EL SER	GAR: LIDADES RGICA BINETE BROGAR CIFICAR: SERVICIO	MATER AUX I	RNO INFANTIL DE TRATAMIENT  RFC: TEL: AL: AUT. DIRE	