INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

FOLIO:

SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03)

DELEGACION/ UMAE: FECHA: DÍA MES AÑO

UNIDAD MEDICA:
CLAVE PRESUPUESTAL:
TIPO Y NÚMERO:
LOCALIDAD:

PACIENTE:
NOMBRE:
SEXO: M F
NO. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO
CURP:

SERVICIO QUE DERIVA:
NOMBRE:
DIRECCIÓN:

RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA:
RT EG MAT IV PEN SpFAM

VIGENCIA DE DERECHOS

TIPO DE SERVICIO
ORDINARIO: URGENCIA:
MOTIVO DE SUBROGACIÓN:
CS FP FE FI

DIAGNOSTICO Y RESUMEN CLINICO:

GRUPO A SUBROGAR:

CONSULTA MEDICINA FAMILIAR:	CONSULTA ESPECIALIDADES	CONSULTA DENTAL
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA	HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	MATERNO INFANTIL
AUX DE DX EN LABORATORIO	AUX DE DX EN GABINETE	AUX DE TRATAMIENTO

SERVICIO (S) A SUBROGAR

CANTIDAD	ESPECIFICAR:

PROVEEDOR
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RFC:
DOMICILIO: TEL:
CONTRATO No. VIGENCIA DEL: AL:

	ELABORÓ	Vo.Bo JEFE DE SERVICIO	AUT. DIRECTOR UNIDAD
NOMBRE			
MATRÍCULA			
FIRMA			

CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ
NOMBRE:
PACIENTE: FAMILIAR: RESPONSABLE: PARENTESCO:
DIRECCIÓN: TEL:
FECHA: FIRMA: