

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 9

SOLICITUD DE SERVICIOS 4-30-200

ORDINARIO: ☐ URGENTE: ☐

NOMBRE: _____ NSS: _____

PARA SER ATENDIDO POR: _____

ENVIADO POR: _____

DIAGNOSTICO: _____ CAMA: _____

MEDICO: _____ FECHA: _____ HORA: _____