



SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD
COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL
SECRETARIA DE PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL



DATOS DEL PACIENTE

FECHA: _____

TIPO DE DERECHOHABIENTE: BASE SECCIÓN: _____
CLÍNICA DEL ISSSTE: _____
NOMBRE: _____
CURP: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____
COLONIA: _____ ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____
PERIODO VACACIONAL O CURSOS: _____

En caso de faltar de manera injustificada a su cita, no podrá ser programado en los siguientes 2 años.

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales correspondiente, de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás disposiciones aplicables."



SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD
COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL
SECRETARIA DE PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL



DATOS DEL PACIENTE

FECHA: _____

TIPO DE DERECHOHABIENTE: BASE SECCIÓN: _____
CLÍNICA DEL ISSSTE: _____
NOMBRE: _____
CURP: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____
COLONIA: _____ ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____
PERIODO VACACIONAL O CURSOS: _____

En caso de faltar de manera injustificada a su cita, no podrá ser programado en los siguientes 2 años.

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales correspondiente, de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás disposiciones aplicables."