



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."