



NOMBRE DEL ASEGURADO (A): _____
 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____
 FECHA: _____
 HORA ENTRADA: _____ HORA SALIDA: _____
 MOTIVO: _____

A T E N T A M E N T E

Médico

SELLO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Nota: Deberá anexar copia de la receta médica y/o del carnet de citas.



Carretera Panamericana Km 995; Cintalapa de Figueroa, Chiapas, México. C.P. 30400
Tel. 968 684 47 79 Ext. 2113, e-mail: dpersonal@cintalapa.tecnm.mx.
tecnm.mx | Cintalapa.tecnm.mx



NOMBRE DEL ASEGURADO (A): _____
 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____
 FECHA: _____
 HORA ENTRADA: _____ HORA SALIDA: _____
 MOTIVO: _____

A T E N T A M E N T E

Médico

SELLO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Nota: Deberá anexar copia de la receta médica y/o del carnet de citas.



Carretera Panamericana Km 995; Cintalapa de Figueroa, Chiapas, México. C.P. 30400
Tel. 968 684 47 79 Ext. 2113, e-mail: dpersonal@cintalapa.tecnm.mx.
tecnm.mx | Cintalapa.tecnm.mx

