|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL ASEGURADO (A): |  | | | | |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: |  | | | | |
| FECHA: |  | | | | |
| HORA ENTRADA: |  | | HORA SALIDA: |  | |
| MOTIVO: |  | | | | |
| ATENTAMENTE  *Médico* |  | | | | |
|  |  | SELLO  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL ASEGURADO (A): |  | | | | |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: |  | | | | |
| FECHA: |  | | | | |
| HORA ENTRADA: |  | | HORA SALIDA: |  | |
| MOTIVO: |  | | | | |
| ATENTAMENTE  *Médico* |  | | | | |
|  |  | SELLO  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |