

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	
_____ <i>Médico</i> _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;">SELLO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</div>

Carretera Panamericana km. 995 Cintalapa de Figueroa, Chiapas.
www.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	
_____ <i>Médico</i> _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;">SELLO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</div>

Carretera Panamericana km. 995 Cintalapa de Figueroa, Chiapas.
www.cintalapa.tecnm.mx

