



**REGISTROS DE SERVICIOS REALIZADOS
EN EL DEPARTAMENTO DE
AMBULANCIAS
DE RAYÓN, S. L. P.**



Gobierno Municipal de Rayón, S.P.
Administración 2018-2021

PARTE No. _____ 2018
 AMBULANCIA No. _____ OPERADOR: _____
 HORA DE SALIDA: _____ HORA DE LLEGADA: _____
 LAMADA RECIBIDA POR: _____ HORA: _____
 KILOMETRAJE DE SALIDA: _____ KILOMETRAJE DE LLEGADA: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS:

PERSONAL DE SOCORRISMO:



 FIRMA DE UN FAMILIAR

 C. MARGARITA AGUILAR ROJAS

JEFE DE SALUD

Jardín Hidalgo # 110, C.P. 79740
 Centro Rayón, S. L. P. Tels.: (487) 87 7 00 61 Fax: 87 7 00 63



REGISTROS DE SERVICIOS REALIZADOS
EN EL DEPARTAMENTO DE
AMBULANCIAS DE
RAYÓN, S. L. P.



Gobierno Municipal de Rayón, S.P.
Administración 2018-2021

PARTE No. _____ 2018
AMBULANCIA No. _____ OPERADOR: _____
HORA DE SALIDA _____ HORA DE LLEGADA: _____
LLAMADA RECIBIDA POR: _____ HORA: _____
KILOMETRAJE DE SALIDA _____ KILOMETRAJE DE LLEGADA _____

ADRADECIMIENTO

POR MEDIO DEL PRESENTE ME DIRIJO A USTED PARA AGRADECERLE DE LA MENERA MAS
ATENTA EL APOYO BRINDADO POR EL DEPARTAMENTO DE AMBULANCIA.

QUEDO COMU SU ATENTO Y SEGURO SERVIDOR.



FIRMA DE UN FAMILIAR

C. MARGARITA AGUILAR ROJAS

JEFE DE SALUD

Jardín Hidalgo # 110, C.P. 79740
Centro Rayón, S. L. P.
Tels. (487) 87 7 00 61 Fax: 87 7 00 63