



Espacio para registro del personal del Sistema Unificado de Gestión

Fecha registro en plataforma SUG: 

--	--	--

día mes año

Folio generado por la plataforma SUG: 

--

Para otorgarle una mejor atención proporcione los siguientes datos y al reverso describa su solicitud.

**Datos de Identificación**

Indique si tiene Seguro Popular Si  No  Género: Femenino  Masculino  Fecha: 

--	--	--

día mes año

--

<b>Nombre (s)</b>	<b>Apellido paterno</b>	<b>Apellido materno</b>

Domicilio: 

--	--	--	--

Calle Número exterior Número Interior Colonia

--

Delegación o municipio Entidad federativa

Teléfono: 

--

Correo electrónico: 

--

ANVERSO

# Solicitud de Atención

En el siguiente espacio describa de forma clara y precisa su solicitud incluyendo datos importantes como fechas, personas involucradas, lugares y hechos.

No. de Registro Hospitalario : \_\_\_\_\_

No. de Póliza Seguro Popular: \_\_\_\_\_

Firma o huella digital

## Aviso de Privacidad

Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley en los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

*"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"*

REVERSO