



SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR
ATENCIÓN MÉDICA EN REGIONAL DISTINTA
A LA DE ADSCRIPCIÓN

SOLICITUD DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción

Yo solicito la atención médica en la: _____
Ciudad - Departamento

Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación: desde: __/__/__ hasta: __/__/__

BENEFICIARIOS

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES	CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año

Firma del Asegurado

Dpto. de Vigencia y Derecho



AUTORIZACIÓN

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción

Autorización para la atención y prestación de servicio médicos. Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación:

BENEFICIARIO (S)

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES	CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año

En: _____
DEPARTAMENTO O PROVINCIA DONDE SE OTORGARA EL SERVICIO

Desde: __/__/__ hasta: __/__/__

AUTORIZADO