



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

SOLICITUD DE CONSTANCIA/FORMATO DE ASEGURADORA

Nombre: _____ Reg: _____ Tel: _____

A) Constancias

Solicito se me otorgue constancia de atención en esta institución para el siguiente propósito:

- _____ 1. Autorización para uso de vidrios polarizados en mi vehículo de transporte
- _____ 2. Autorización para trámite de placa para discapacitados
- _____ 3. Solicitud de oxígeno
- _____ 4. Otro (especifique)

B) Llenado de formatos de Aseguradoras:

-Seguro de Vida (defunción) -Reembolso Gastos Médicos

IMPORTANTE PRECISAR:

Fecha(s) de la atención de interés _____

Problema o tratamiento que motiva la solicitud _____

ESTA SOLICITUD SÓLO PUEDE SER FIRMADA POR EL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS.

Nombre y firma del/de la Paciente o Responsable legal _____

identificación oficial _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: ____/____/____
 día mes año

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE: _____

Vo. Bo.

SUBDIRECTORA DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

**SOLICITUD DE CONSTANCIA / FORMATO DE ASEGURADORA
TALÓN PARA EL PACIENTE**

RECIBIÓ _____ FECHA ____/____/____ FECHA DE ENTREGA PROBABLE ____/____/____
 día mes año día mes año

ATENCIÓN: ESTA SOLICITUD SERÁ VALORADA Y AUTORIZADA, EN SU CASO, EN BASE EN LOS ELEMENTOS MÉDICOS PRESENTES EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ANTES DE PASAR A RECOGERLA, FAVOR DE LLAMAR AL 55-54-87-09-00 EXTS. 5428,5429 Y 5432, DE 07:30 A 16:30HRS, PARA CONFIRMAR SI YA ESTA LISTO SU DOCUMENTO.

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE MOSTRAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL AL MOMENTO DE RECOGER EL DOCUMENTO, DE LUNES A VIERNES, DE 7:00 A 16:30 HRS.

EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ ENTREGAR A UN TERCERO, QUE DEBERÁ MOSTRAR AUTORIZACIÓN ESCRITA POR EL / LA PACIENTE, ACOMPAÑADA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE AMBAS PERSONAS.