

ANEXO DOS

SUBDIRECCIÓN DE UNIVERSIDAD SAJALILAN
HOJA DE GESTIÓN Y APOYO

FO-DGESE-214-02

FECHA Y HORA: _____
DATOS DEL PACIENTE:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Edad:	Sexo:	
Empleado (a)	Alumno(a)	
Núm. Empleado	Matrícula:	
Centro de trabajo:	Programa:	
Núm. IMSS:	Otro Servicio Médico:	
Asegurado: Trabajador () UACJ ()	Clínica:	
Hospital de Referencia:		
Problema de salud:		
Acciones realizadas:		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
Nivel de:		
Oración:		
Dependencia institución:		
Teléfono:		
Horario de trabajo a cargo:		
MPSM: _____		
MPSM: _____		

ANEXO TRES



VO-DGESS-214-03

[illegible]