



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

**SOLICITUD DEL ASEGURADO**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>
<b>Número del Empleador</b>	<b>Número de Asegurado</b>	<b>Regional de Adscripción</b>

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**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>
<b>Número del Empleador</b>	<b>Número de Asegurado</b>	<b>Regional de Adscripción</b>

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**