

Designación de beneficiarios

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, PARA APOYO ECONÓMICO
EN CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL O
PERMANENTE DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL E
INTERNOS DE PREGRADO DE LAS RAMAS MÉDICA,
PARAMÉDICA Y AFINES DE LA SECRETARÍA DE SALUD**

REGISTRO DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

NOMBRE DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES (S)

NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTITUTO

EL APOYO, SÓLO SE PROPORCIONARÁ EN CASO DE:

FECHA DE INGRESO

* FALLECIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

* INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE

FECHA DE CONCLUSIÓN

DÍA

MES

AÑO

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

PARENTESCO

FIRMA DEL ASEGURADO

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: _____

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN LA UNIDAD PERTENECIENTE.