

Ciudad de México, a de de .

TITULAR DE LA SUBDELEGACIÓN DEL I.M.S.S.
P R E S E N T E.

EN ATENCIÓN
OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS.

Solicito a la Subdelegación, se proporcione información sobre la vigencia de derechos (servicios médicos) en esta dependencia de:

C. _____

Con fecha de nacimiento _____

El cual presenta credencial de elector para su identificación, y domicilio particular en:

Clave Única de Registro de Población (CURP) _____

Depende económicamente de: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Atentamente



Ciudad de México, a de de .

Se hace constar que con esta fecha _____ Recibe Servicios Médicos de esta Institución como asegurado.

Atentamente

NOTA IMPORTANTE: Para este trámite se requiere presentar Clave Única de Registro de Población (CURP) y una identificación oficial vigente.

