

Nombre de la institución	SECRETARÍA DE SALUD
Dirección	SECRETARÍA DE SALUD
Código de la institución	SECRETARÍA DE SALUD
Identificación de la institución	SECRETARÍA DE SALUD
Nombre	SECRETARÍA DE SALUD
Apellido	SECRETARÍA DE SALUD
Nombre completo	SECRETARÍA DE SALUD
Dirección	SECRETARÍA DE SALUD
Código postal	SECRETARÍA DE SALUD
País	MEXICO
Estado	SECRETARÍA DE SALUD
Municipio	SECRETARÍA DE SALUD
Localidad	SECRETARÍA DE SALUD
Calle	SECRETARÍA DE SALUD
Código de la institución	SECRETARÍA DE SALUD
Identificación de la institución	SECRETARÍA DE SALUD

**PRESENCIA Y CANCELACION DE SERVICIOS**  
El presente documento tiene como finalidad registrar la presencia y cancelación de los servicios de salud, así como el cumplimiento de los requisitos para la prestación de los mismos.

**REQUISITOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**  
Se requiere que el paciente cumpla con los siguientes requisitos para poder acceder a los servicios de salud:

- Identificación personal (Nombre, Apellido, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado Civil).
- Seguro de Salud (Número de Seguro, Tipo de Seguro).
- Historial Clínico (Historial de Enfermedades, Tratamientos, Exámenes).
- Resultados de Exámenes (Exámenes de Laboratorio, Exámenes de Imagenología).
- Referencia Médica (Requisito para algunos servicios).
- Otros documentos que el médico considere necesarios.

**PRESENCIA DE SERVICIOS**  
Se registra la presencia de los servicios de salud en el momento de la atención. Se debe indicar el tipo de servicio, el tiempo de atención, el estado de salud del paciente y el cumplimiento de los requisitos.

**CANCELACION DE SERVICIOS**  
Se registra la cancelación de los servicios de salud por diferentes causas, tales como: falta de asistencia, cancelación por parte del paciente, o por causas de fuerza mayor.

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.

**FECHA DE EMISION DEL DOCUMENTO**  
El presente documento se emite en la fecha y lugar indicados en el encabezado.

**ASISTENTE SOCIAL**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**COORDINADOR DE SERVICIOS**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS RELEVANTES**  
Espacio para registrar cualquier otro dato relevante que pueda afectar la prestación de los servicios de salud.