



**OAXACA**  
SECRETARÍA DE SALUD  
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA



**Datos Personales**

RFC:  
CURP:  
Domicilio:

**En caso de emergencia**

Avisar a:  
Teléfono:  
Tipo de Sangre:  
Padecimientos Médicos:

AUTORIZA

FIRMA Y SELLO

Firma del Trabajador

Vigencia autorizada: