



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: