DIF
ESTATAL VERACRUZ

DIRECCION DE ASISTENCIA E INTEGRACION SOCIAL
SUBDIRECCION DE SERVICIOS MEDICO - ASISTENCIALES

RECIBO

FECHA ELAB: _____ BUENO POR: _____

Nº EXPEDIENTE: _____

REFERENCIA: _____ FOLIO INTERNO: _____

APOYO: _____

DIAGNOSTICO: _____

RECIBI DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE VERACRUZ,
LA CANTIDAD DE: (_____) , _____
NUMERO LETRA

POR CONCEPTO DE:

_____

_____

_____

PACIENTE: _____ EDAD: _____

RESPONSABLE: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ _____ _____
CALLE COLONIA MUNICIPIO

FIRMA

_____