



FECHA ELABORACIÓN:	
Nº EXPEDIENTE:	
ENVIADO POR:	
DIAGNOSTICO:	
ELABORO:	

NOMBRE:	_____	APELLIDO MATERNO	_____	NOMBRE(S)	_____	EDAD:	_____
DOMICILIO:	_____	CALLE	_____	COLONIA	_____	LOCALIDAD	_____
	_____	MUNICIPIO	_____	ESTADO	_____	TELEFONO:	_____
SEXO:	_____	C.P.	_____	ESTADO CIVIL:	_____	ESCOLARIDAD:	_____
Ocupacion:	_____		_____	INGRESO MENSUAL:	_____	DERECHOHABIENTE:	_____
FAMILIAR O RESPONSABLE							
NOMBRE	_____	PARENTESCO:			_____		
DOMICILIO:	_____	CALLE	_____	COLONIA	_____	LOCALIDAD	_____
	_____	MUNICIPIO	_____	ESTADO	_____	TELEFONO:	_____
C.P.	_____						

[illegible]

RENTA: _____ ALIMENTOS: _____ LUZ, AGUA, COMBUSTIBLE: _____ TOTAL EGRESOS: _____

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA:

PROPIA	()	RENTADA	()	PRESTADA	()	ARRIMO	()	OTRO	()	CUAL:
--------	-----	---------	-----	----------	-----	--------	-----	------	-----	-------

CONSTRUCCION

LADRILLO / BLOCK	()	MADERA	()	ADOBE	()	OTATE	()	LAMINA DE CARTON	()
------------------	-----	--------	-----	-------	-----	-------	-----	------------------	-----

TECHO

CONCRETO	()	PALMA	()	TEJA	()	LAMINA DE ZINC	()	LAMINA DE CARTON	()	LAMINA DE ASBESTO	()	OTRO	()
----------	-----	-------	-----	------	-----	----------------	-----	------------------	-----	-------------------	-----	------	-----

DISPONE DE AGUA

HIDRANTE PUBLICO	()	POZO	()	ARROYO	()	MANANTIAL	()	POTABLE	()	OTRO	()
------------------	-----	------	-----	--------	-----	-----------	-----	---------	-----	------	-----

ELIMINACION EXCRETA

FOSA SEPTICA	()	LETRINA	()	AL AIRE LIBRE	()	POZO NEGRO	()	DRENAJE	()
--------------	-----	---------	-----	---------------	-----	------------	-----	---------	-----

PISO

TIERRA	()	CEMENTO	()	MOSAICO	()	MADERA	()	CARRO RECOLECTOR	()	QUEMAN	()	ENTIERRAN	()
--------	-----	---------	-----	---------	-----	--------	-----	------------------	-----	--------	-----	-----------	-----

NUMERO DE HABITACIONES

UNA	()	DOS	()	TRES	()	CUATRO O MAS	()	ELECTRICA	()	CANDIL	()	VELAS	()
-----	-----	-----	-----	------	-----	--------------	-----	-----------	-----	--------	-----	-------	-----

MOBILIARIO

REFRIGE-RADOR	()	LAVADORA	()	TELEVISOR	()	RADIO / ESTEREO	()	LICUADORA	()	PLANCHA	()	ESTUFA	()
CAMA	()	MESA	()	SILLAS	()	OTROS	()	CUALES:					

SEGUIMIENTO DEL CASO:

DECLARO BAJO PROTESTA QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERIDICOS



**SUBDIRECCION DE SERVICIOS MEDICO
ASISTENCIALES**

RECIBO

FECHA ELAB: _____
Nº EXPEDIENTE: _____
FOLIO: _____
APOYO: _____
DIAGNOSTICO: _____

BUENO POR: _____

RECIBI DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE VERACRUZ,

LA CANTIDAD DE: (_____) , _____
NUMERO LETRA

POR CONCEPTO DE:

PACIENTE: _____ MPIO: _____ EDAD: _____

RESPONSABLE: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____
CALLE COLONIA O LOCALIDAD MUNICIPIO

FIRMA
