

0530-09-4621-6 1F1991ES



No. DE FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE:	GONZALEZ GARCIA		
	ELSA JANNETH		
No. SEG. SOCIAL:	0530-09-4621-6	1F1991ES	
UNIDAD MÉDICA:	66	HORARIO:	V
CONSULTORIO No.	21		

DATOS GENERALES:

CURP:	GOG910805MCLNRL03	EDAD:	20
DOMICILIO:	rio jordan 339		
	CALLE Y NÚMERO		
NAVARRO			
COLONIA / LOCALIDAD	DELEGACIÓN / MUNICIPIO		
	TORREON, COAHUILA		
	ENTIDAD FEDERATIVA		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
CIUDAD / POBLACIÓN	DELEGACIÓN / MUNICIPIO		
	05	08	1991
ENTIDAD FEDERATIVA	DÍA	MES	AÑO

0530-09-4628-1 1M1990ES



No. DE FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: GONZALEZ MOSCOSO
MAGIN

No. SEG. SOCIAL: 0530-09-4628-1 1M1990ES

UNIDAD MÉDICA: 66 HORARIO: V

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

CURP: GOMM900906HCSNSG03 EDAD:

DOMICILIO: conocido
CALLE Y NÚMERO

EJIDO SAN ANTONIO DE LOS BRAVOS
COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN / MUNICIPIO

TORREON, COAHUILA
ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

CIUDAD / POBLACIÓN	DELEGACIÓN / MUNICIPIO		
<input type="text"/>	<input type="text" value="08"/>	<input type="text" value="09"/>	<input type="text" value="1990"/>
ENTIDAD FEDERATIVA	DÍA	MES	AÑO

0530-09-4659-6 1F1989ES



No. DE FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: HERNANDEZ ALBORES
ANAYELI

No. SEG. SOCIAL: 0530-09-4659-6 1F1989ES

UNIDAD MÉDICA: 66 HORARIO: V

CONSULTORIO No. 10

DATOS GENERALES:

CURP: HEAA890918MCSRLN09 EDAD: 21

DOMICILIO: AV. SAN BUENAVENTURA # 417
CALLE Y NUMERO

VALLE VERDE
COLONIA / LOCALIDAD DELEGACION / MUNICIPIO
TORREON, COAHUILA
ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD / POBLACIÓN DELEGACION / MUNICIPIO
 18 09 1989
ENTIDAD FEDERATIVA DIA MES AÑO

CADA VEZ QUE ACUDA A LA UNIDAD MÉDICA, SOLICITE AL PERSONAL MÉDICO O DE ENFERMERÍA, QUE:

- Revise su Cartilla Nacional de Salud
- Vigile su estado nutricional
- Le realice las actividades de protección específica, principalmente la aplicación de las vacunas que correspondan
- Le informe las acciones para prevenir enfermedades y le realicen las pruebas de detección de acuerdo a su edad
- Registre su próxima cita
- Le oriente y capacite sobre los cuidados para conservar o recuperar su salud
- Anote en su Cartilla la fecha de las acciones que le practicaron

VIGILE QUE LE REALICEN TODAS LAS ACCIONES CONTENIDAS EN ESTA CARTILLA. SU PARTICIPACIÓN ES ESENCIAL PARA MANTENERSE SANA

0530-09-4013-6

1F1990ES



REVENIMOS
U.M.F. 06
TORREÓN



No. DE FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: LARA MONTES
FRANCISCA
No. SEG. SOCIAL: 0530-09-4013-6 1F1990ES
UNIDAD MÉDICA: 66 HORARIO: V
CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

CURP: LAMF900919MCSRNR09 EDAD:
DOMICILIO: JOSE MARIA CACERES 4
CALLE Y NÚMERO
FIDEL VELAZQUEZ
COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN / MUNICIPIO
TORREON, COAHUILA
ENTIDAD FEDERATIVA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD / POBLACIÓN DELEGACIÓN / MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA DÍA MES AÑO

**CADA VEZ QUE ASISTA A SU CLÍNICA
SOLICITE A SU MÉDICO O A LA ENFERMERA:**

- La revisión de su **CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**.
- La evaluación de su estado de nutrición.
- Las acciones de prevención y detección de enfermedades que requiera.
- Que le den las citas necesarias para cumplir con el programa del cuidado de su salud señalado en esta cartilla.
- La información o capacitación de acuerdo con el motivo de su asistencia a la clínica y con el programa de educación propuesto en esta cartilla.
- Que anoten en su cartilla la fecha en que se realizaron las acciones antes mencionadas, las efectuadas previamente, así como las practicadas fuera del Instituto.

COOPERE EN EL CUIDADO DE SU SALUD CUMPLIENDO CON LAS ACCIONES RECOMENDADAS EN ESTA CARTILLA, LEYENDO Y COMENTANDO CON SU MÉDICO O ENFERMERA, LA GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.



No. DE FOLIO: _____



IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: _____

LOPEZ GONZALEZ YOVANI

No. DE SEGURIDAD SOCIAL: 55 30 09 4020 1159

UNIDAD MÉDICA: UMF 68 HORARIO: 13.30

CONSULTORIO No. _____

24

T

V

DATOS GENERALES:

CURP: _____

EDAD: 18

DOMICILIO: SAN JUAN DE SABINAS 418

VALLE VERDE CALLE Y NÚMERO

TORREON COAHUILA DELEGACIÓN / MUNICIPIO

TORREON COAHUILA DELEGACIÓN / MUNICIPIO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

TORREON COAHUILA DELEGACIÓN / MUNICIPIO

TORREON COAHUILA DELEGACIÓN / MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA _____

8

11

1990

DÍA

MES

AÑO

CURP:

Empty CURP identification box



IDENTIFICACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRE:

LOPEZ BRAVEDRA CLAUDIA

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: 05 30 09 4033-4 15 1989es

UNIDAD MÉDICA: UMF No. 66

CONSULTORIO No. 20 T.V. 13;30

DATOS GENERALES:

EDAD: 19

SEXO: F M

DOMICILIO: CIRCUITO APRICA No 54

LAS BINIAC CALLE Y NÚMERO TORREON

COLONIA / LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACIÓN COAHUILA

C.P. ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

COAHUILA DE ZARAGOZA VERACRUZ

LOCALIDAD / MUNICIPIO O DELEGACIÓN VERACRUZ

07 07 1989

ENTIDAD FEDERATIVA

DÍA MES AÑO

0530-12-2789-7 1F1990ES

Fotografía

No. DE FOLIO:

72 JUN 2018

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: MARES DE LEON
SARA GABRIELA
No. SEG. SOCIAL: 0530-12-2789-7 1F1990ES
UNIDAD MÉDICA: 16 HORARIO: V
CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

CURP: 000000000000000000 EDAD:
DOMICILIO: BLVD DE LA LIBERTAD 861
CALLE Y NÚMERO
MONTE REAL
COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN / MUNICIPIO
TORREON, COAHUILA
ENTIDAD FEDERATIVA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD / POBLACIÓN DELEGACIÓN / MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA DÍA MES AÑO

[Empty box]

No. DE FOLIO: _____



TORREON



IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: FLORISEL PEREZ CONSTANTINO

No. DE SEGURIDAD SOCIAL: 05 30 09 4152-2 1M87OR

UNIDAD MÉDICA: 66 HORARIO: VESP

CONSULTORIO No.

14

DATOS GENERALES:

CURP: _____

EDAD:

20

DOMICILIO: AV. VILLA UNION # 373

CALLEY NÚMERO

VALLE VERDE

TORREON

COLONIA / LOCALIDAD

DELEGACIÓN / MUNICIPIO

COAHUILA

CÓDIGO POSTAL

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

COL. NUEVO VICENTE GRO.

VILLACORZO

CIUDAD / POBLACIÓN

DELEGACIÓN / MUNICIPIO

CHIAFAS

03

NOV

1987

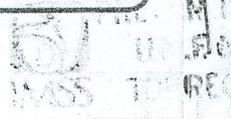
ENTIDAD FEDERATIVA

DÍA

MES

AÑO

No. DE FOLIO: _____



IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: PEREZ DIAZ JOSE LUIS

No. DE SEGURIDAD SOCIAL: 0530 09 4155 5 1m 2009 ES

UNIDAD MÉDICA: 66 HORARIO: vesp

CONSULTORIO No. 20

DATOS GENERALES:

CURP: _____ EDAD: 20

DOMICILIO: AV VILLA UNION # 374
CALLEY NÚMERO

COL VALLE VERDE TORREON
COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN / MUNICIPIO

TORREON COAH

CÓDIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
BOCHIL CHIAPAS

CIUDAD / POBLACIÓN DELEGACIÓN / MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA 07 03 1988
DÍA MES AÑO

**CADA VEZ QUE ASISTA A SU CLÍNICA
SOLICITE A SU MÉDICO O A LA ENFERMERA:**

- La revisión de su **CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**.
- La evaluación de su estado de nutrición.
- Las acciones de prevención y detección de enfermedades que requiera.
- Las acciones de salud reproductiva pertinentes.
- Que le den las citas necesarias para cumplir con el programa del cuidado de su salud señalado en esta cartilla.
- La información o capacitación de acuerdo con el motivo de su asistencia a la clínica y con el programa de educación propuesto en esta cartilla.
- Que anoten en su cartilla la fecha en que se realizaron las acciones antes mencionadas, las efectuadas previamente, así como las practicadas fuera del Instituto.

COOPERE EN EL CUIDADO DE SU SALUD CUMPLIENDO CON LAS ACCIONES RECOMENDADAS EN ESTA CARTILLA, LEYENDO, Y COMENTANDO CON SU MÉDICO O ENFERMERA, LA **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**.

No. DE FOLIO: _____



IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: RODRIGUEZ CASTAÑEDA ABRAHAM

No. DE SEGURIDAD SOCIAL: 0530 09 4226 4 Im 1987 ES

UNIDAD MÉDICA: _____ HORARIO: vesp

CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES

CURP: _____ EDAD:

DOMICILIO: CALLE PERIFÉRICO SANTA FE S/N

COL VALLE VERDE CALLE Y NÚMERO
TORREÓN

COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN / MUNICIPIO
TORREÓN COAH

CÓDIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
LA VILLA DE SAN ATENOGONES BOCANAS

CIUDAD / POBLACIÓN DELEGACIÓN / MUNICIPIO
DURANGO

ENTIDAD FEDERATIVA

DÍA MES AÑO

**CADA VEZ QUE ASISTA A SU CLÍNICA
SOLICITE A SU MÉDICO O A LA ENFERMERA:**

- La revisión de su **CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**.
- La evaluación de su estado de nutrición.
- Las acciones de prevención y detección de enfermedades que requiera.
- Que le den las citas necesarias para cumplir con el programa del cuidado de su salud señalado en esta cartilla.
- La información o capacitación de acuerdo con el motivo de su asistencia a la clínica y con el programa de educación propuesto en esta cartilla.
- Que anoten en su cartilla la fecha en que se realizaron las acciones antes mencionadas, las efectuadas previamente, así como las practicadas fuera del Instituto.

COOPERE EN EL CUIDADO DE SU SALUD CUMPLIENDO CON LAS ACCIONES RECOMENDADAS EN ESTA CARTILLA, LEYENDO Y COMENTANDO CON SU MÉDICO O ENFERMERA, LA **GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**.

0530-09-4114-2 1M1990ES

**A - P - I -
COMPLETO
No. DE FOLIO: F. N.º 66**



IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: NARCIA JOSE
ALBERLAIN
No. SEG. SOCIAL: 0530-09-4114-2 1M1990ES
UNIDAD MÉDICA: 66 HORARIO: V
CONSULTORIO No.

DATOS GENERALES:

CURP: 000000000000000000 EDAD:
DOMICILIO: SAN ANTONIO DE LOS BRAVOS SN
CALLE Y NÚMERO
FIDEL VELAZQUEZ
COLONIA / LOCALIDAD DELEGACIÓN / MUNICIPIO
TORREON, COAHUILA
ENTIDAD FEDERATIVA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
CIUDAD / POBLACIÓN DELEGACIÓN / MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA DÍA MES AÑO