

DATOS DEL MENOR:

SALA:	
GRUPO:	



MENOR



PADRE



MADRE



1er AUTORIZADO



2o. AUTORIZADO

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
Domicilio particular		Domicilio particular	
Teléfono Particular	Teléfono Trabajo	Teléfono Particular	Teléfono Trabajo

Personas autorizadas para traslados del menor:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____
 Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Firma Padre

Firma Madre

Firma 1er. Autorizado

Firma 2o. Autorizado

Control Interno:

FECHA DE INGRESO	INGRESO GLOBAL	CUOTA ASIGNADA	ALTA TESORERÍA	No. RECIBO	REVALORACIÓN	CAMBIO DE SALA	REVISÓ	AUTORIZÓ
		\$ -						

En caso de Emergencia:

Datos IMSS: 0 0 0 0
 No. Afiliación Clínica Consultorio Turno Asignado

1o.

0		
Nombre	Teléfono	Parentesco
0		
Domicilio	Cruza con	Colonia

2o.

0		
Nombre	Teléfono	Parentesco
0		
Domicilio	Cruza con	Colonia

3o.

0		
Nombre	Teléfono	Parentesco
0		
Domicilio	Cruza con	Colonia