

Ciudad de México, a        de        de        .

TITULAR DE LA SUBDELEGACIÓN DEL I.S.S.S.T.E.  
P R E S E N T E .

EN ATENCIÓN  
OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS.

Solicito a la Subdelegación, se proporcione información sobre la vigencia de derechos (servicios médicos) en esta dependencia de:

C. \_\_\_\_\_

Con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

El cual presenta credencial de elector para su identificación, y domicilio particular en:

Clave Única de Registro de Población (CURP) \_\_\_\_\_

Depende económicamente de: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Atentamente



Ciudad de México, a        de        de        .

Se hace constar que con esta fecha \_\_\_\_\_ Recibe Servicios Médicos de esta Institución como asegurado.

Atentamente

**NOTA IMPORTANTE: Para este trámite se requiere presentar Clave Única de Registro de Población (CURP) y una identificación oficial vigente.**

