



REQUISITOS DE APOYOS ATENCIÓN A POBLACIÓN EN DESAMPARO

MEDICAMENTOS

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- RECETA ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- **ssma.difver1824@gmail.com**

NOTA: ESPECIFICAR DOSIS Y TIEMPO DE TRATAMIENTO.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- RECETA ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO RECIENTE EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO POST-QUIRÚRGICO CON FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE.
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- SOLICITUD DE APOYO DE DIF MUNICIPAL.
- **ssma.difver1824@gmail.com**

NOTA: NO SE ACEPTAN FIRMAS DE MÉDICOS RESIDENTES Y/O PASANTES. FIRMA DEL VISTO BUENO DE JEFE DE TRAUMATOLOGÍA.

ESTUDIOS ESPECIALIZADOS

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- ORDEN DE ESTUDIO ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- **ssma.difver1824@gmail.com**

BOLSAS DE DIÁLISIS

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- RECETA ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- INDICAR CUANTAS BOLSAS REQUIERE POR MES.
- RESUMEN CLÍNICO RECIENTE EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- **ssma.difver1824@gmail.com**

POBLACIÓN EN DESAMPARO

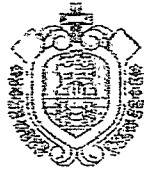
(Material quirúrgico, catéter, nebulizador, concentrador de oxígeno, prótesis ocular)

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- RECETA ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO RECIENTE EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- SOLICITUD DE APOYO DE DIF MUNICIPAL.
- **ssma.difver1824@gmail.com**

NOTA: NO SE ACEPTAN FIRMAS DE MÉDICOS RESIDENTES Y/O PASANTES.

SESIONES DE HEMODIÁLISIS

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- RECETA ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO RECIENTE EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- **ssma.difver1824@gmail.com**



**VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO**



**DIF
Estatal
Veracruz**

CIRUGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- COSTO DE LA CIRUGÍA EXPEDIDO POR LA S.S.A. (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- RESUMEN CLÍNICO RECIENTE EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- SOLICITUD DE APOYO DE DIF MUNICIPAL
- **ssma.difver1824@gmail.com**

NOTA: NO SE ACEPTAN FIRMAS DE MEDICOS RESIDENTES Y/O PASANTES.

RADIOTERAPIA

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- RECETA ORIGINAL EXPEDIDA POR LA S.S.A. (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- INDICACIÓN DE NÚMERO DE SESIONES REQUERIDAS.
- RESUMEN CLÍNICO EXPEDIDO POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- C.U.R.P. (PACIENTE Y SOLICITANTE).
- CARNET DE CITAS (S.S.A) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS CON SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN (COPIA AMBOS LADOS).
- **ssma.difver1824@gmail.com**

GASTOS FUNERARIOS

- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O ACTA.
- EN CASO LEGAL CONTAR CON TODOS LOS PERMISOS PARA TRASLADO DEL CUERPO.
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (FINADO Y SOLICITANTE).
- COPIA DE C.U.R.P. DEL FINADO Y SOLICITANTE.
- **ssma.difver1824@gmail.com**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICO
ASISTENCIALES
OFICINAS CENTRALES**

- K.M. 1.5 CARRETERA XALAPA-COATEPEC, COL. BENITO JUÁREZ, C.P. 91070, XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO
- 22 88 42 37 37 Ext. 3503

**ÁREA DE APOYO DE GESTIÓN PARA SERVICIOS
MÉDICOS ASISTENCIALES EN CRISVER
PARA INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES**

- AV. CULTURAS VERACRUZANAS No. 24, COL. NUEVO XALAPA.
- 22 88 191405 Ext. 3327 / 3404