



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



DIF
Desarrollo
Integral de la Familia



REQUISITOS DE APOYO MEDICAMENTOS

- **COPIA** DE C.U.R.P. DEL PACIENTE Y FAMILIAR
- **COPIA** DE CREDENCIAL DE ELECTOR (PACIENTE Y FAMILIAR).
- **COPIA** DE RESUMEN CLÍNICO RECIENTE (S.S.A.) CON SELLO DEL HOSPITAL
- **COPIA** DE CARNET DE CITAS (S.S.A.) AMBOS LADOS CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS.
- **RECETA ORIGINAL Y COPIA** EXPEDIDA POR LA S.S.A (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO Y No. DE SEGURO POPULAR)
- **COPIA** DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR.
- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO A LA LIC. VERÓNICA AGUILERA TAPIA, DIRECTORA GENERAL DEL DIF ESTATAL VERACRUZ CON DOMICILIO DEL PACIENTE Y FAMILIAR

NOTA: ESPECIFICAR DOSIS Y TIEMPO DE TRATAMIENTO.



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



DIF
Desarrollo
Integral de la Familia



REQUISITOS DE APOYO BOLSAS DE DIÁLISIS

- **COPIA** DE C.U.R.P. DEL PACIENTE Y FAMILIAR
- **COPIA** DE CREDENCIAL DE ELECTOR (PACIENTE Y FAMILIAR).
- **COPIA** DE RESUMEN CLÍNICO RECIENTE (S.S.A.) CON SELLO DEL HOSPITAL
- **COPIA** DE CARNET DE CITAS POR AMBOS LADOS CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE ESCASOS RECURSOS.
- **RECETA ORIGINAL Y COPIA** EXPEDIDA POR LA S.S.A. (FECHA RECIENTE, SELLO DEL HOSPITAL, FIRMA, CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO Y No. DE SEGURO POPULAR)
INDICAR CUANTAS BOLSAS REQUIERE POR MES.
- **COPIA** DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR
- SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDO A LA LIC. VERÓNICA AGUILERA TAPIA, DIRECTORA GENERAL DEL DIF ESTATAL VERACRUZ CON DOMICILIO DEL PACIENTE Y FAMILIAR