



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN GENERAL
SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y CONTROL DOCUMENTAL
REPORTE DE SERVICIO MÉDICO NO PROPORCIONADO POR LA UMF

DATOS DEL ALUMNO (A)

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	N° CTA UNAM	N° SEG SOCIAL

PLANTEL O FACULTAD:

REFERENCIA

DESCRIPCIÓN BREVE DEL SERVICIO MÉDICO SOLICITADO:

DESCRIPCIÓN BREVE DE LAS RAZONES POR LAS QUE LA UMF U HOSPITAL LE NEGÓ EL SERVICIO:

FECHA Y HORA EN LA QUE SE LE NEGÓ EL SERVICIO:

NOMBRE, CARGO Y/O PUESTO DE LA PERSONA QUE LE NEGÓ EL SERVICIO:

DATOS DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR U HOSPITAL

N° DE CLINICA Y/O NOMBRE DE LA UNIDAD U HOSPITAL:

UBICACIÓN:

FIRMA DEL ALUMNO (A): _____

FECHA: _____