

**CADA VEZ QUE ASISTA A SU CLÍNICA  
SOLICITE A SU MÉDICO O A LA ENFERMERA:**

- La revisión de su CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS.
  - La evaluación de su estado de nutrición.
  - Las acciones de prevención y detección de enfermedades que requiera.
  - Las acciones de salud reproductiva pertinentes.
  - Que le den las citas necesarias para cumplir con el programa del cuidado de su salud señalado en esta cartilla.
  - La información o capacitación de acuerdo con el motivo de su asistencia a la clínica y con el programa de educación propuesto en esta cartilla.
  - Que anoten en su cartilla la fecha en que se realizaron las acciones antes mencionadas, las efectuadas previamente, así como las practicadas fuera del Instituto.
- COOPERE EN EL CUIDADO DE SU SALUD CUMPLIENDO CON LAS ACCIONES RECOMENDADAS EN ESTA CARTILLA, LEYENDO, Y COMENTANDO CON SU MÉDICO O ENFERMERA, LA GUÍA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.**

|                 |  |
|-----------------|--|
| U.M.F. No. 10   |  |
| TEL.: 217-61-48 |  |
| Y 217-71-48     |  |
| No. DE FOLIO:   |  |



**IDENTIFICACIÓN:**

|                          |                                |          |      |
|--------------------------|--------------------------------|----------|------|
| NOMBRE:                  | COSGALLA LEMUS ERIKA ALEJANDRA |          |      |
| No. DE SEGURIDAD SOCIAL: | 1492-66-0752-5 1E1966OR        |          |      |
| UNIDAD MÉDICA:           | 10                             | HORARIO: | 7:30 |
| CONSULTORIO No.          | 1                              | MAT      |      |

**DATOS GENERALES:**

|                              |                        |       |      |
|------------------------------|------------------------|-------|------|
| CURP:                        |                        | EDAD: |      |
| DOMICILIO:                   | MAR MEDITERRANEO 131   |       |      |
|                              | CALLE Y NÚMERO         |       |      |
| LAS HADAS                    | CENTRO                 |       |      |
| COLONIA / LOCALIDAD          | DELEGACIÓN / MUNICIPIO |       |      |
|                              | QRO.                   |       |      |
| CÓDIGO POSTAL                | ENTIDAD FEDERATIVA     |       |      |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | D.F.                   |       |      |
| Ciudad / Población           | DELEGACIÓN / MUNICIPIO |       |      |
| D.F.                         | D.F.                   |       |      |
| ENTIDAD FEDERATIVA           | 12                     | 07    | 1966 |
|                              | DÍA                    | MES   | AÑO  |