

PRESTAMOS DE AYUDAS TÉCNICAS

EMILIANO ZAPATA, HGO; A _____ DEL 2026

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

VALE POR: _____

SECUNDARIO AL DX: _____ DEL DIA: _____

_____ AL _____

CON DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ / _____

CONDICIONES: SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO, FAVOR DE MANTENER Y CUIDAR EL APOYO TÉCNICO (EN CASO DE NO MANTENERLO EN BUEN ESTADO SE HARÁ RESPONSABLE DE LA REPARACIÓN TOTAL O PARCIAL O DE LA COMPRA EN SU TOTALIDAD A SI SEA EL CASO)

ENTREGAR COPIA DEL INE DEL PACIENTE Y 2do. RESPONSABLE

FIRMA DE ACUERDO
DEL PRESTAMO

NORYOANI GONZÁLEZ GÓMEZ
COORDINADORA DE LA
UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN