



REGISTROS DE SERVICIOS REALIZADOS  
EN EL DEPARTAMENTO DE  
AMBULANCIAS  
DE RAYÓN, S. L. P.



Gobierno Municipal de Rayón, S.P.  
Administración 2018-2021

PARTE No. \_\_\_\_\_ 2018  
AMBULANCIA No. \_\_\_\_\_ OPERADOR: \_\_\_\_\_  
HORA DE SALIDA: \_\_\_\_\_ HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_  
LAMADA RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
KILOMETRAJE DE SALIDA: \_\_\_\_\_ KILOMETRAJE DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**DATOS COMPLEMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERSONAL DE SOCORRISMO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE UN FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
C. MARGARITA AGUILAR ROJAS

JEFE DE SALUD

Jardín Hidalgo # 110, C.P. 79740  
Centro Rayón, S. L. P. Tels.: (487) 87 7 00 61 Fax: 87 7 00 63



REGISTROS DE SERVICIOS REALIZADOS  
EN EL DEPARTAMENTO DE  
AMBULANCIAS DE  
RAYÓN, S. L. P.



Gobierno Municipal de Rayón, S.P.  
Administración 2018-2021

PARTE No. \_\_\_\_\_ 2018  
AMBULANCIA No. \_\_\_\_\_ OPERADOR: \_\_\_\_\_  
HORA DE SALIDA \_\_\_\_\_ HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_  
LLAMADA RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
KILOMETRAJE DE SALIDA \_\_\_\_\_ KILOMETRAJE DE LLEGADA \_\_\_\_\_

ADRADECIMIENTO

POR MEDIO DEL PRESENTE ME DIRIJO A USTED PARA AGRADECERLE DE LA MENERA MAS  
ATENTA EL APOYO BRINDADO POR EL DEPARTAMENTO DE AMBULANCIA.

QUEDO COMU SU ATENTO Y SEGURO SERVIDOR.



\_\_\_\_\_  
FIRMA DE UN FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
C. MARGARITA AGUILAR ROJAS  
JEFE DE SALUD

Jardín Hidalgo # 110, C.P. 79740  
Centro Rayón, S. L. P.  
Tels. (487) 87 7 00 61 Fax: 87 7 00 63