



**DIRECCIÓN DE SALUD  
Y ASISTENCIA PÚBLICA**



**FOLIO: TXP/DSA/0000/25.**

Apellido Paterno		Materno		Nombre(s)			
Domicilio (Calle, #, Colonia, Mpio. Edo.)							
Fecha de Nacimiento		Grupo sanguíneo		Rh			
Lugar de Nacimiento		Edad		Especialidad			
Estado Civil				Tipo Particular			
En caso de emergencia avisar a:				Parentesco:			
Domicilio				Teléfono			
Fecha de inicio	Día	Mes	Año	Vigencia	Día	Mes	Año

Proporcione todos los datos requeridos para que sean asentados en un registro de filiación, recibiendo una Tarjeta de Salud Municipal, la cual hace constar que se cumplieron con los requerimientos de la ley y sus reglamentos municipales.

**Lugar de trabajo:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

<p><b>Tuxpan</b> Ciudad y puerto H. Ayuntamiento 2022-2025</p>		<p><b>TXP/DSA/0000/25</b></p> <p><b>DIRECCIÓN DE SALUD Y ASISTENCIA PÚBLICA</b></p>		<p><b>Tuxpan</b> Ciudad y puerto H. Ayuntamiento 2022-2025</p>	
<b>TARJETA DE SALUD MUNICIPAL</b>					
C.			<p><b>Vigencia del 01/01/2025 al 01/01/2026.</b> <b>DEBE RENOVAR CADA 90 DÍAS</b></p> <p>La Dirección de Salud y Asistencia Pública Municipal, Certifica que El (La) Portador(a) de la presente tarjeta, cumple con los requerimientos sanitarios necesarios conforme al Art.62 del Reglamento Municipal de Salud y Asistencia Pública vigente.</p>		
<p>APARENTEMENTE SANA <input checked="" type="checkbox"/></p>			<p>APARENTEMENTE ENFERMA <input type="checkbox"/></p>		
<p>Dr. Mario Antonio Cerecedo Rosero Director de Salud y Asistencia Pública</p>			<p>VIH VDR <input checked="" type="checkbox"/> HEPATITIS "B" <input checked="" type="checkbox"/> HEPATITIS "C" <input checked="" type="checkbox"/> CADA 90 DÍAS PAPANICOLAU</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> 105</p>			<p><input checked="" type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> Anual</p>		