



Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)					
Domicilio (Calle, #, Colonia, Mpio. Edo.)							
Fecha de Nacimiento	Grupo sanguíneo	Rh					
Lugar de Nacimiento	Edad	Sexo					
Estado Civil	Tel. Particular						
En caso de emergencia avisar a:		Parentesco:					
Domicilio XXXX,XXX		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

	TXP/DSA/0000/26 DIRECCIÓN DE SALUD Y ASISTENCIA PÚBLICA	
TARJETA DE SALUD MUNICIPAL		
C. .		
Dra. Rosa Eloína Viñas Maranto. Directora de Salud y Asistencia Pública.		
Vigencia: del 21/ENERO/2026 al 21/ENERO/2027 DEL RENOVAR CADA 90 DÍAS		
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.		
APARENTE MENTE SANA ☒		"." Rh+
ENFERMA ☐		
VDR ☒ - HEPATITIS "B" ☒ - HEPATITIS "C" ☒		VIH
CADA 90 DÍAS		PAPANICOLAU
X 1a 2a 3a 4a		Anual