



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DEL MUNICIPIO DE ELOTA**

**PROGRAMA DE CIRUGIAS GRATUITAS DE RECONSTRUCCION DE MAMA,  
LABIO Y PALADAR HENDIDO.**

**REQUISITOS PARA SOLICITAR APOYO**

- 1. ACUDIR A LAS OFICINAS DEL SISTEMA DIF ELOTA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.**
  
- 2. PARA RESCONTRUCCION DE MAMA, LLEVAR CONSIGO:**
  - **Dictamen del Oncólogo** original
  - **Credencial de Elector** (2 copias).
  - **Comprobante de Domicilio:** recibo de **Luz o Agua no mayor a 3 meses del beneficiario** (2 copias).
  - **CURP** (2 copias).
  
- 3. PARA LABIO Y PALADAR HENDIDO, LLEVAR CONSIGO:**
  - **Acta de Nacimiento** del menor
  - **Credencial de Elector** del **padre o tutor** (2 copias).
  - **Comprobante de Domicilio:** recibo de **Luz o Agua no mayor a 3 meses del padre o tutor** (2 copias).
  - **CURP** del **menor y del padre o tutor** (2 copias).
  
- 4. LA TRABAJADORA SOCIAL DARA A CONOCER AL SOLICITANTE O BENEFICIARIO EL AVISO DE PRIVACIDAD, UNA VEZ LEIDO, PASAR AL LLENADO DE LA HOJA DE REGISTRO EN BASE AL APOYO A SOLICITAR.**
  
- 5. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.**

**ATENTAMENTE**

**DEPARTAMENTO TRABAJO SOCIAL**



## HOJA DE REGISTRO

### PROGRAMA DE CIRUGÍAS GRATUITAS DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA, Y LABIO Y PALADAR HENDIDO

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Tipo de cirugía:

Reconstructiva de mama  Labio y paladar hendido

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: -

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Enfermedades crónicas: \_\_\_\_\_

Afiliación IMSS  ISSSTE  INSABI  NINGUNO

Nombre del padre o tutor en caso de ser cirugía reconstructiva de labio y paladar hendido: \_\_\_\_\_

