



DIF
JALISCO

FORMATO DE ALTA

Clínica de Atención Especial

Guadalajara, Jal. _____

A quien corresponda:

Por este conducto informo a usted que la (el) paciente:

con No. de expediente _____ fue dado de alta por cumplir objetivos.

Nombre y firma del padre, madre o tutor

Trabajo Social

Jefe de Departamento

Terapeuta

Fecha de Actualización: 13 de febrero de 2015 V04 Código: DJ-PD-SG-RE-01

BIENESTAR
PARA NUESTRAS FAMILIAS

Av. Alcalde No. 1300, Col. Miraflores, C.P. 44270
Guadalajara, Jalisco, México
• 01 (33) 3030 3800 Ext. 886
sistemadif.jalisco.gob.mx



DIF
JALISCO

FORMATO DE ALTA

Clínica de Atención Especial

Guadalajara, Jal. _____

A quien corresponda:

Por este conducto informo a usted que la (el) paciente:

con No. de expediente _____ fue dado de alta por cumplir objetivos.

Nombre y firma del padre, madre o tutor

Trabajo Social

Jefe de Departamento

Terapeuta

Fecha de Actualización: 13 de febrero de 2015 V04 Código: DJ-PD-SG-RE-01

BIENESTAR
PARA NUESTRAS FAMILIAS

Av. Alcalde No. 1300, Col. Miraflores, C.P. 44270
Guadalajara, Jalisco, México
• 01 (33) 3030 3800 Ext. 886
sistemadif.jalisco.gob.mx