



**DIF**  
JALISCO

**CLÍNICA DE ATENCIÓN ESPECIAL  
SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y VALORACIÓN**

Paciente:

Fecha:

No. de expediente:

Edad:

Sexo:

Motivo:

|  |
|--|
|  |
|--|

\_\_\_\_\_  
Vobo Jefe de Departamento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

Resultado de la Interconsulta:

Fecha:

|  |
|--|
|  |
|--|

Observaciones:

|  |
|--|
|  |
|--|

DIF-CAE-54

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Interconsultante

**BIENESTAR**  
PARA NUESTRAS FAMILIAS