



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