



ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO
REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD DE JALISCO
FORMATO DE REPORTE DE ATENCION A BENEFICIARIOS DEL SEGURO POPULAR
DEL ESTADO DE JALISCO

REGIÓN SANITARIA:

UNIDAD MÉDICA:

MES DE FACTURACIÓN, AÑO 2017:

N° DE PACIENTES ATENDIDOS:

#REF!

ANEXO 11 PRIMER CONTACTO

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO* PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

N° Recibo o Consecutivo	FECHA DE ATENCIÓN	NUM. EXP CLINICO	FOLIO SEGURO POPULAR	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)	CURP	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD EN AÑOS	DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE	N° DE CAUSES 2016	ID	SERVICIOS OTORGADOS (ESTUDIOS DE GABINETE A PARTIR DEL RENGLÓN 7 MIL)	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	¿REALIZÓ PAGO ADICIONAL? SÍ O NO	EN CASO DE SÍ, ¿CUÁNTO PAGÓ?	¿HUBO COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS? SÍ O NO	MOTIVO DE ALTA	DÍAS ESTANCIA HOSPITALARIA	P.U	COSTO EXTRA CX INTEGRAL	IMPORTE	OBSERVACIONES
								0											0			\$0.00	