



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:

Nº DE PACIENTES ATENDIDOS:

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

#REF!

ANEXO 11 INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
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 S

Nº Recibo o Consecutivo	FECHA DE ATENCIÓN	NUM. EXP CLINICO	FOLIO SEGURO POPULAR	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)	CURP DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD EN AÑOS	DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE	Nº DE CAUSES 2016	ID	SERVICIOS OTORGADOS (ESTUDIOS DE GABINETE A PARTIR DEL RENGLÓN 10 MIL)	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	¿REALIZÓ PAGO ADICIONAL? SI Ó NO	EN CASO DE SI, ¿CUANTO PAGÓ?	¿HUBO COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS? SI Ó NO	MOTIVO DE ALTA	DÍAS ESTANCIA HOSPITALARIA	P.U	IMPORTE	OBSERVACIONES
								0											0		\$0.00	