

I. Identificación

(2) NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

(3) DOMICILIO

(4) COLONIA

(5) LOCALIDAD

(6) MUNICIPIO

(7) CÓDIGO POSTAL

(8) TELÉFONO

(9) FAX

(10) CORREO ELECTRÓNICO (E_MAIL)

II. Tipo de Dependencia

(11) PÚBLICA

(12) PRIVADA

III. Responsable

(13) NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

IV. Objetivo del Establecimiento (14)

supervisión

V. Motivo de la Supervisión

(15) APERTURA

(16) SEGUIMIENTO

VI. Supervisor

(17) NOMBRE

(18) CARGO

VII. Firmas

DIRECTOR (A)

ÁREA MÉDICA

(19) Nombre y firma

(20) Nombre y firma