



**CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS/HOJA DE NO COBRO
DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN ECONÓMICA INTERESTATAL**

Fecha de Elaboración Día /Mes /Año

Instrucciones: Este apartado debe ser llenado por el prestador de Servicios de Salud. Marque con una X o llene el espacio, según corresponda.

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS

No. Expediente/Folio Urgencias		Fecha de Ingreso			Fecha de Egreso		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
1. Datos de la Entidad que atendió							
Entidad Federativa _____							
Nombre de Unidad Médica _____							
2. Datos del beneficiario del Seguro Popular							
Nombre del paciente						Edad	
Sexo	Hombre		Mujer	Número de Póliza del Seguro Popular			
CURP							Estado de Afiliación
¿Pertenece a un pueblo o comunidad indígena?				Si	No	¿Cuál?	
En caso afirmativo, ¿habla su lengua?							
En caso de haber requerido el servicio de terapia intensiva, indique la fecha de atención.							
Fecha de ingreso			Día	Mes	Año	Fecha de egreso	
3. Intervención CAUSES							
No. Intervención		Nombre de la Intervención					

Instrucciones. El siguiente cuadro, deberá ser llenado por el beneficiario.

HOJA DE NO COBRO	Marque con una X		CANTIDAD
	SI	NO	
¿Le cobraron alguno de estos servicios?			
Consultas			\$
Hospitalización			\$
Medicamentos			\$
Estudios de Laboratorio y/o gabinete			\$
Cirugía			\$
Terapia intensiva			\$
Urgencias			\$

****SI LE REALIZARON ALGÚN COBRO, NO FIRME.**

Nombre y Firma del Beneficiario, Familiar y/o Tutor

Sello del Establecimiento de Salud