



INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

PROGRAMA DE DETECCION DE CÁNCER GINECOLÓGICO

TARJETA DE INSCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			
DOMICILIO		CALLE		NUMERO		COLONIA		TELEFONO	
MEDICO FAMILIAR		No. DE AFILIACION		G- P- C- A-		ANTECEDENTES		METODO DE PF	
F.U.P.				F.U.R.					

FECHA	RESULTADO CITOLOGICO	FECHA DEL PROXIMO ESTUDIO	OBSERVACIONES

FECHA DE REV: 10/06/2022