



TLAHUELILPAN

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL
TLAHUELILPAN, HIDALGO
SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA



SISTEMA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL
TLAHUELILPAN

TLAHUELILPAN, HGO. 3 DE Mayo DEL 2024.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Jose Guadalupe Jimenez Garrido
EDAD: 27 años
DOMICILIO: Avenida Reforma #126 COLONIA El deposito
TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR 7731342780
PADECIMIENTO: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: Ignacio Arroyo Barrera
EDAD: 48 años
DOMICILIO: Pedro Maria Anaya #10 COLONIA El deposito
TELÉFONO: _____ CELULAR: 7731342780
PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

OPERADO
R.E.P.O
MUNICIPIO DE TLAHUELILPAN

DATOS DEL TRASLADO

LUGAR DE SALIDA (PACIENTE): PL y Bomberos Tlahuelilpan
HORA DE SALIDA: 05:00 am HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL: 10:00
HORA DE CITA: _____ HORA DE LLEGADA A BASE: 17:00
LUGAR A DONDE SE TRASLADA: Hospital general Dr. Manuel G. Gonzalez
AMBULANCIA No.: _____ KM DE SALIDA: _____ KM DE LLEGADA: _____
MATERIAL Y EQUIPO UTILIZADO: _____

ALTA () ALTA VOLUNTARIA () INGRESO AL HOSPITAL ()
OTROS (ESPECIFICAR) _____

Ignacio Arroyo Barrera
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Iván Israel Nava Bautista
T.U.M IVÁN ISRAEL NAVA BAUTISTA
DIRECTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL DR. O DRA. QUE ENVÍA

Dr. Alfonso Iván Sánchez Terán

Cirujía Plástica, Estética y Reconstructiva

Arq. Selene Flores Robles
TESORERA MUNICIPAL

Vo. Bo.:

Lic. Noelia Bethsabe Meza Jimenez
SINDICO PROCURADOR

Juan Pérez Ulibe
NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR

Juan Pérez Ulibe
AUTORIZO:
Ing. Adrian Radames Hernandez López
PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL



TLAHUELILPAN

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL
TLAHUELILPAN, HIDALGO
SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA



SISTEMA MUNICIPAL DE
PROTECCIÓN CIVIL
TLAHUELILPAN

TLAHUELILPAN, HGO. 09 DE Mayo DEL 2024.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Daniel Alberto Hernández Hernández
EDAD: 8
DOMICILIO: Carrilón 12 LT 2 (Cerro de Gómez) COLONIA: Cerro de Gómez
TELÉFONO DE CASA: — CELULAR: 773 153 8256
PADECIMIENTO: PCI

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: Leticia Hernández Cruz
EDAD: 42
DOMICILIO: Carrilón 12 LT 2 COLONIA: Cerro de Gómez
TELÉFONO: — CELULAR: 773 153 8256
PARENTESCO CON EL PACIENTE: Madre

OPERADO
R.E.P.O
MUNICIPIO DE TLAHUELILPAN

DATOS DEL TRASLADO

LUGAR DE SALIDA (PACIENTE): Hospital Shriners - Clínica Paciente
HORA DE SALIDA: 04:30 am HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL: 07:04
HORA DE CITA: 07:00 HORA DE LLEGADA A BASE: —
LUGAR A DONDE SE TRASLADA: Hospital Shriners
AMBULANCIA No.: — KM DE SALIDA: — KM DE LLEGADA: —
MATERIAL Y EQUIPO UTILIZADO: —

ALTA () ALTA VOLUNTARIA () INGRESO AL HOSPITAL ()

OTROS (ESPECIFICAR): Consulta médica

Leticia Hernández Cruz
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

T.U. MIVÁN ISRAEL NAVA BAUTISTA
DIRECTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL DR. O DRA. QUE ENVÍA

NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR

DR. SELENE FLORES CORNEO
TESORERA MUNICIPAL

LIC. NOELIA BETHSABE MEZA JIMENEZ
SINDICO PROCURADOR

ING. ADRIAN RADAMES HERNANDEZ LOPEZ
PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL

