



**PROGRAMA DE APEGO A TRATAMIENTO
SOLICITUD DE INCORPORACIÓN**

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Expediente: _____

Por medio del presente solicito ser incorporado al **"Programa apego a tratamiento"**, con la finalidad de obtener medicamento(s) para el tratamiento de mi enfermedad de carácter crónico con los siguientes diagnósticos:

DATOS PERSONALES:

Dirección: _____

_____ Cp.: _____ Estado: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono(s): _____

Médico de Tratante: _____

OTRO CONTACTO:

Nombre de contacto: _____

Relación o parentesco con el paciente: _____

Teléfono(s) de contacto: _____

Firma del Interesado

