**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA (SAISUV)

**Solicitud de Ayuda Médica**

SAF-GE-F-04

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE PERSONAL** | | |  | MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES | |  | CONFIANZA |  | ACADÉMICO | | **FOLIO SAISUV** | |
|  | | |  |  | |  |  |  |  | |  | |
| TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | |
| No. PERSONAL | | APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| DEPENDIENTE ECONÓMICO | | | | | | | | | | | | |
| CLAVE ÚNICA DEP. | | APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| TIPO DE CONTRATACIÓN | | | | | | | | | | | | |
| CLAVE | | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD ACADÉMICA O DEPENDENCIA | | | | | | | | | | | | |
| CLAVE | | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE AYUDA MÉDICA | | | | | | | | | IMPORTE | | | |
| No. | DESCRIPCIÓN | | | | | | | | SOLICITADO | | | AUTORIZADO |
| 1 | LENTES DE CONTACTO | | | | | | | |  | | |  |
| 2 | ARMAZÓN | | | | | | | |  | | |  |
| 3 | CRISTALES | | | | | | | |  | | |  |
| 4 | MEDICAMENTOS | | | | | | | |  | | |  |
| 5 | HONORARIOS CONSULTA | | | | | | | |  | | |  |
| 6 | ANÁLISIS CLÍNICOS | | | | | | | |  | | |  |
| 7 | ESTUDIOS GABINETE | | | | | | | |  | | |  |
| 8 | APARATOS ORTOPÉDICOS | | | | | | | |  | | |  |
| 9 | APARATOS AUDITIVOS | | | | | | | |  | | |  |
| 10 | HOSPITALIZACIÓN | | | | | | | |  | | |  |
| 11 | TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS | | | | | | | |  | | |  |
| 12 | TRATAMIENTOS DENTALES | | | | | | | |  | | |  |
| 13 | HONORARIOS CIRUGÍA | | | | | | | |  | | |  |
| 22 | BANCO DE SANGRE | | | | | | | |  | | |  |
| 24 | TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS | | | | | | | |  | | |  |
| 25 | MEDICAMENTOS ALTA ESPECIALIDAD | | | | | | | |  | | |  |
| 26 | APARATOS CARDIOLÓGICOS | | | | | | | |  | | |  |
| 27 | LENTE INTRAOCULAR | | | | | | | |  | | |  |
| 28 | PROTESIS Y MATERIAL TRAUMATOLOGÍA | | | | | | | |  | | |  |
| SUMA $ | | | | | | | | |  | | |  |
| IMPORTE NO AUTORIZADO (DISMINUCIÓN) $ | | | | | | | | |  | | |  |
| IMPORTE A PAGAR $ | | | | | | | | |  | | |  |
| FIRMA DEL TRABAJADOR | | | | | OBSERVACIONES | | | | | REVISÓ | | |
|  | | | | |  | | | | | CLAVE | | FECHA |
|  | |  |