



Ciudad de México, a \_\_\_\_.

OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS  
DEL ISSSTE  
P R E S E N T E.

Por este conducto, me permito solicitar comprobante donde se indique si el/la C. \_\_\_\_\_ con Registro Federal de Causantes \_\_\_\_\_ tiene o no, derecho al Servicio Médico que esa Institución proporciona.

Nombre de la/s persona/s de quien depende económicamente.

_____ NOMBRE	_____ REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	_____ PARENTESCO
_____ NOMBRE	_____ REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	_____ PARENTESCO
_____ NOMBRE	_____ REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	_____ PARENTESCO

Agradezco de antemano la atención a la presente.

Atentamente.



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**NOTA: ES INDISPENSABLE ACUDIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS EN ORIGINAL Y COPIA: ACTA DE NACIMIENTO, CURP Y UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA (INE O PASAPORTE O LICENCIA DE MANEJO O CÉDULA PROFESIONAL).**

**DELEGACION SUR:**

MELCHOR OCAMPO #293  
COL. BARRIO SANTA CATARINA  
DELEG. COAYOACÁN  
ENTRE: MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO Y  
MELCHOR OCAMPO- FRENTE A LA MEGA COMERCIAL  
MEXICANA.  
DELEG. QUE ATIENDE: XOCHIMILCO, TLAHUAC, MILPA ALTA,  
COAYOACÁN, MAGDALENA CONTRERAS, TLALPAN Y **FORÁNEOS**

**DELEGACION NORTE:**

AV. PASEO DE LA REFORMA NO. 39, 1ER. PISO  
COL. TABACALERA, DELEG. CUAUHTEMOC  
AFILIACIÓN Y VIGENCIA  
VENTANILLA 4 (CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL)

**DELEGACION ORIENTE:**

CALZ. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA  
NO. 1711, PB. EJERCITO CONSTITUCIONALISTA  
IZTAPALAPA CDMX C.P. 09220  
TEL. 57 73 20 07 - HORARIO DE 9 A 14 HORAS.

**DELEGACION PONIENTE:**

AV. PARQUE LIRA NO. 156, COL. OBSERVATORIO  
DELEG. MIGUEL HIDALGO, D.F. C.P. 11860  
1ER. PISO  
(METRO TACUBAYA, LINEA 1)