



Anexo 13

CENSO INDIVIDUAL DE LA POBLACIÓN QUE OCUPA EL INMUEBLE

Institución: _____	C.C.T.: _____
Domicilio: _____	Localidad: _____ Municipio: _____
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____ Fecha: _____

Nombre: _____	R.F.C.: _____
Profesión: _____	Puesto que desempeña: _____

Área de Adscripción: _____	Piso: _____
Teléfonos: Oficina: _____	Particular: _____ Celular: _____
Contacto en caso de accidente: _____	Correo Electrónico: _____

Enfermedades (al día de hoy): _____ _____ _____
Tratamiento (Medicamento): _____ _____ _____
Tipo Sanguíneo: _____ Alergia: _____ Discapacidad: (SI) (NO) Tipo: _____
Servicio Médico (afiliación): _____ Otros: _____
N.º Expediente Médico: _____

Elaboró: Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	Responsable Nombre y firma	Sello
---	-------------------------------	-------