



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**OOAD** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Primer Nivel** \_\_\_\_\_

**Segundo Nivel** \_\_\_\_\_

**Médico Estomatólogo** \_\_\_\_\_

**Hospital** \_\_\_\_\_

**Unidad** \_\_\_\_\_

**Medico de Base** \_\_\_\_\_

**Médico de Confianza** \_\_\_\_\_



# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

### PROGRAMA IMSS-BIENESTAR

### REGISTRO DE PARTICIPANTES

| N<br>o | Nombre<br>del<br>Participa<br>nte | Matric<br>ula | Poblaci<br>ón<br>Adscrit<br>a |    | Calificació<br>n de<br>Asiduidad | Calificació<br>n de<br>Atención<br>de Calidad | Calificación<br>de<br>Desempeño<br>Clínico | Calificació<br>n de<br>Gestión<br>Directiva | Califica<br>ción<br>Total | Pasa a<br>Siguie<br>nte<br>Fase |    | Observaciones |
|--------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|----|----------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----|---------------|
|        |                                   |               | Si                            | No |                                  |                                               |                                            |                                             |                           | Si                              | No |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |
|        |                                   |               |                               |    |                                  |                                               |                                            |                                             |                           |                                 |    |               |

Para aclaración de dudas por favor dirigirse, al número telefónico 5511025830 extensión 16368 con el Dr Ulises López Sánchez, [Ulises.lopezs@imss.gob.mx](mailto:Ulises.lopezs@imss.gob.mx) la Dra. Rosa Maria Solano Escorza [rosa.solano@imss.gob.mx](mailto:rosa.solano@imss.gob.mx)