

FICHA DE REGISTRO PARA COMPAÑÍAS DE  
SERVICIOS PREHOSPITALARIOS, TRASLADOS  
Y/O TRANSPORTE DE PACIENTES  
(F-CPTP)

Registro \_\_\_\_\_ No. de registro: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Nombre o razón social de la agrupación: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular o Coordinador Operativo: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable médico: \_\_\_\_\_

Cedula Profesional \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**Domicilio fiscal**

Calle y numero: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Domicilio de oficina o base**

Calle y numero: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica del grupo: \_\_\_\_\_

Cantidad de unidades: \_\_\_\_\_ Cantidad de elementos: \_\_\_\_\_

Tipo de comunicación: \_\_\_\_\_ Cantidad de radios: \_\_\_\_\_

**Servicios que presta:**  Traslado y/o transporte de pacientes

Cobertura de eventos masivos

Fecha de ingreso del trámite: \_\_\_\_\_

Firma de quien recibe \_\_\_\_\_

