



**DIRECCION MUNICIPAL DE LA MUJER.  
SOLICITUD PARA FORMAR PARTE DE LA RED DE MUJERES  
EMBARAZADAS EN ALTO RIESGO CON DESNUTRICIÓN DE FRAIJANES.  
(MUEMALRIDEF)**

No. \_\_\_\_\_ Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección Exacta \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ No. Teléfono \_\_\_\_\_ No. DPI \_\_\_\_\_

Tiempo de embarazo \_\_\_\_\_

Grado de desnutrición \_\_\_\_\_

Certificado Médico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicación Prescrita \_\_\_\_\_

Centro de Atención Primaria que la asiste \_\_\_\_\_

Documentos que debe presentar:

Fotocopia de DPI  Boleto de Ornato

Firma \_\_\_\_\_ Firma DMM \_\_\_\_\_