



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

COORDINACIÓN DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Formato para la atención a migrantes



GOBIERNO DE TLAXCALA - GOBTA
enGRANDE

Formato para traslado de personas enfermas

Fecha de solicitud:

No. Folio:

Solicitante:	
Relación con el beneficiario:	
Ocupación:	
Domicilio y C.P.:	
Municipio o ciudad:	Localidad o condado:
Teléfono y/o celular:	Correo electrónico:
Solicitud realizada por: Teléfono () Personalmente () Correo electrónico ()	
Canalizado por: Consulado () Municipio () Entidad () Otro ()	
<i>Indicar cual:</i>	

Beneficiario:	
Lugar y Fecha de nacimiento:	
Estatus migratorio:	Ocupación:
Lugar de los hechos:	
Fecha de incidente:	
Familiar en EUA o México	
Domicilio:	
Teléfono:	
Descripción :	

Nombre y firma del solicita

Funcionario que atendió