



SERVICIO DE VACUNACION

| | |
|--|---|
| FUNDAMENTO | SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEON |
| MODALIDAD | PRESENCIAL |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA | DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL PESQUERIA |
| DIRECCIÓN | CALLE 5 DE MAYO S/N CENTRO DE PESQUERIA |
| TELÉFONO | 8118455774 |
| CORREO ELECTRÓNICO | Deyanira.puido@pesqueria.gob.mx |
| PROCEDIMIENTO | <ol style="list-style-type: none">1. PRESENTARSE EN EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO2. PRESENTARSE EN LA BRIGADA |
| REQUIERE FORMATO | NO |
| REQUISITOS | <ul style="list-style-type: none">• CARTILLA DE VACUNACION |
| PLAZO PARA RESOLVER | INMEDIATO |
| VIGENCIA | PERMANENTE |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO EN SU CASO | EN CASO DE NO PRESENTAR LA CARTILLA SE LE ENTREGA UN COMPROBANTE |
| COSTO | GRATUITO |
| FORMA DE DETERMINAR DICHO MONTO | GRATUITO |
| FORMAS DE PAGO | GRATUITO |