

OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida de mujeres de 18 a 64 años de edad con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor que residen en el estado de Michoacán, con el propósito de dar continuidad a su tratamiento.



REQUISITOS PARA LAS PERSONAS AUXILIARES

- 1 Copia, legible de **identificación oficial vigente** tales como INE, pasaporte o cédula profesional.
- 2 **Acta de nacimiento** legible que contenga la CURP.
- 3 Copia legible de **un comprobante de domicilio** con una antigüedad no mayor a tres meses.



MICHOACÁN ES

MEJOR



Secretaría
del Bienestar

GOBIERNO DE MICHOACÁN



bienestarmichoacan



/Bienestar_Mich



/SBienestarM



bienestar.michoacan.gob.mx

Atención:



443 185 79 89



Av. Lázaro Cárdenas #1016,
(Esquina con calle Miguel de Cervantes Saavedra)
Morelia, Michoacán.



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA
Y/O CERVICOUTERINO INVASOR



Secretaría
del Bienestar

GOBIERNO DE MICHOACÁN



REQUISITOS

1

Ser mujer de **entre 18 y 64 años 11 meses de edad** con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.

2

Presentar en original el **Certificado Médico Oncológico** debidamente membretado, emitido por el CEAO o instancia de salud pública equivalente, mismo que **deberá contener las especificaciones siguientes:**

1. La mención de ser emitido por la Instancia de Salud.
2. Contar con los logos institucionales de la Instancia de Salud.
3. La mención expresa de ser un Certificado Oncológico.
4. Fecha de expedición.
5. Número de expediente clínico.
6. Nombre completo de la paciente.
7. Patología.

3

Que la **solicitante sea parte del listado** de personas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, **emitido por el CEAO.**

4

Copia simple, legible de Identificación oficial vigente (IFE o INE, pasaporte o cédula profesional).

8. Fecha de diagnóstico.

9. Tratamiento o manejo actual.

10. Fecha de inicio de tratamiento y vigilancia según sea el caso.

11. Nombre completo de la o el médico tratante, número de cédula profesional, firma autógrafa.

12. Sello oficial de la institución.

5

Copia del acta de nacimiento que contenga la CURP.

6

Recibir atención oncológica para los padecimientos de cáncer de mama y/o cervicouterino **por parte del CEAO o de las unidades médicas** homólogas en otros Estados.

7

Constancia de residencia en el Estado, emitida por la autoridad municipal, de acuerdo al **domicilio en el que la solicitante manifieste habitar**, previa al inicio del diagnóstico de la patología.

8

Copia legible de un **comprobante de domicilio** con una antigüedad no mayor a tres meses.



autoexplórate