



Registro Estatal Establecimientos Especializados en Adicciones

Formato de solicitud

Fecha de solicitud:

Nombre Legal del Establecimiento:

Nombre Comercial del Establecimiento:

Datos Generales

Domicilio: Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

entre la calle

y

Municipio

Código Postal

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

Nombre completo del director general:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre completo representante legal:

Apellido Paterno

Apellido Materno



CEAJ
Consejo Estatal
Contra las Adicciones
en Jalisco



Salud



Datos Generales Establecimiento

Modelo de Tratamiento:

Ayuda Mutua

Modelo Mixto

Profesional

Género:

Hombres

Mujeres

Atención grupo de edad

Menores 12 años

Adolescentes 12-17 años

Adultos 18 a 59 años

Adultos mayores 60 y más

Capacidad de atención

Número de camas menores 12 años

Número de camas adolescentes 12-17 años

Número de camas adultos 18 a 59 años

Número de camas aAdultos mayores 60 y más

Duración del tratamiento

3 meses

6 meses

1 año

otra duración

Tipo de ingresos

Voluntario

Involuntario

Obligatorio

Nombre completo y firma de quien realiza el trámite

[PARA CONTINUAR CON TU PROCESO INGRESA AQUI](#)



CECAJ
Consejo Estatal
Contra las Adicciones
en Jalisco



Salud

