



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

CROQUIS DE DOMICILIO

DIRECCIÓN:		
CALLE/AV:	N:	ZONA:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
CIUDAD/MUNICIPIO/LOCALIDAD:	DEPARTAMENTO:	
NÚMERO DE TELEFONO /CELULAR:		

			
			
			
			

Punto de referencia: