

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Folio ISSSTE: _____

Fecha: _____

Médico interno
Ciclo Clínico

Médico Residente
Servicio social

Médico Residente Rotante
Prácticas Profesionales

DATOS GENERALES

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Nombre (s) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: F () M ()

Nacionalidad: _____ Gpo. Sanguíneo: _____ Estado civil: _____ CURP: _____

_____ RFC: _____

Teléfono móvil: _____ Correo: _____

Si padece alguna enfermedad o toma tratamiento indique:

Cuentas con todas tus vacunas: Si No Cual tienes Pendiente: _____

DOMICILIO

Calle: _____ N°: _____ Colonia: _____

Alcaldía o municipio: _____ C.P: _____ Estado: _____

Teléfono Fijo: _____

AVISO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA (LICENCIATURA)

Universidad: _____ Carrera: _____

No. Cuenta o matrícula: _____ Promedio: _____

ESCUELA DE PROCEDENCIA (NIVEL TÉCNICO)

Nombre de la Escuela _____ Carrera: _____

No. Cuenta o matrícula: _____ Promedio: _____

LLENADO POR TODOS LOS ESTUDIANTES

Especialidad: _____ Turno: _____ Área o servicio: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____