


**INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO - FICHA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL
(LLENAR CON BOLÍGRAFO TINTA AZUL, CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O EN COMPUTADORA)**

PROMOCIÓN

DATOS PERSONALES

FOTO TAMAÑO INFANTIL
Tomada recientemente, a color, fondo blanco, de frente y sin lentes, mirada hacia la cámara (no selfies).
Se puede poner foto digital de 480 x 640 pixeles

DATOS PERSONALES																	
NOMBRES (S)				APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO									
C.U.R.P.								R.F.C									
DÍA		MES		AÑO		SOLTERA (O)		CASADA (O)		U. LIBRE		Mujer		Hombre		Intersexual	
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO				ESTADO CIVIL				SEXO							
Nacionalidad				NOMBRE Y APELLIDOS DE CÓNYUGE								Número de hijos					
RESIDENCIA PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA : CALLE, NÚMERO, COLONIA Y MUNICIPIO								CIUDAD /LOCALIDAD				C.P.		ENTIDAD FEDERATIVA			
CORREOS ELECTRÓNICOS								TELÉFONO CASA				TELÉFONO MÓVIL					
PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS EN CASO DE PADECER ENFERMEDAD																	
(1)										(1)							
(2)										(2)							
DIAGNÓSTICO (S)								TRATAMIENTO QUE LLEVA ACTUALMENTE									
SOBRE SU ENFERMEDAD, INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER LA JEFA O JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DONDE REALIZARÁ SU INTERNADO																	
FAMILIAR O CONOCIDO A QUIEN DEBE DARSE AVISO EN CASO NECESARIO (ACCIDENTE, ENFERMEDAD, ETC.)																	
NOMBRE COMPLETO												PARENTESCO					
TELÉFONO (S) CASA				TELÉFONO (S) MOVIL				CORREO ELECTRÓNICO									
SI REALIZÓ E INTERRUPIÓ UNO O MAS CICLOS DE INTERNADO, INFORMAR LO SIGUIENTE																	
(1)																	
NO. DE PLAZA		PROMOCIÓN/AÑO		NOMBRE DEL HOSPITAL, INSTITUCIÓN (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC.) Y UBICACIÓN													
(2)																	
NO. DE PLAZA		PROMOCIÓN/AÑO		NOMBRE DEL HOSPITAL, INSTITUCIÓN (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC.) Y UBICACIÓN													
TALLA PERSONAL PARA UNIFORME (MARCAR CON UNA CRUZ)																	
BATA (pulgadas)		28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48					
FALDA/ PANTALÓN (pulgadas)		28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48					
ZAPATO (cm.)		21	21,5	22	22,5	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	28,5
PROMEDIO GENERAL DEL ESTUDIANTE Y DATOS DE LA ESCUELA O FACULTAD DE MEDICINA																	
PROMEDIO GRAL		GENERACIÓN				NOMBRE DE LA ESCUELA O FACULTAD DE MEDICINA				UNIVERSIDAD							
CAMPUS								DOMICILIO DE LA ESCUELA O FACULTAD									
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN								TELÉFONO OFICINA				CORREO ELECTRÓNICO					
NOMBRE COMPLETO DE LA O EL COORDINADOR DE CAMPOS CLÍNICOS								TELÉFONO OFICINA				CORREO ELECTRÓNICO					
FIRMA DEL ALUMNO: <small>DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS SON VERDADEROS. ME COMPROMETO A INFORMAR DE MANERA OFICIAL A LAS INSTANCIAS CORRESPONDIENTES CUALQUIER CAMBIO EN MIS DATOS PERSONALES</small>										FECHA: DÍA MES AÑO							
ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL EVENTO PÚBLICO DE ENTREGA DE CAMPOS CLÍNICOS DE INTERNADO DE PREGRADO (ES LLENADO POR LA SSA)																	
 NO. DE CAMPO CLÍNICO		INSTITUCIÓN:		<input type="checkbox"/> SSA		<input type="checkbox"/> IMSS-N		<input type="checkbox"/> IMSS-S		<input type="checkbox"/> ISSSTE		<input type="checkbox"/> NAVAL		<input type="checkbox"/> MILITAR		<input type="checkbox"/> COVADONGA	
		HOSPITAL:		<input type="text"/>													
		UBICACIÓN:		<input type="text"/>													