**Formato de Pre inscripción al Internado Médico**

FOTO INFANTIL

**Periodo: 2020**

Fecha de inicio y término: Del 01 de enero del 2020 al 31 de diciembre de 2020.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. de Cuenta |  | Promedio: |  |
| Nombre: |
|  | Apellido Paterno  | A. Materno  | Nombre (s)  |
| Fecha de Nacimiento: |  | CURP: |  |
| R.F.C |  | Estado Civil: |  |
| Género: |  |  |  |
| Domicilio |  |  |  |
|  | Calle y numero | Colonia | C.P |
|  |  |  |  |
| Delegación o Municipio |  |
| Teléfono local |  | Celular  |  |  |
| Correo electrónico: |  |  |
| En caso de emergencia contactar a: |  | Teléfono:  |

MARQUE SU RESPUESTA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ha **cursado** alguna vez el Internado Médico | …………………………………. | SI | NO |
| Es **trabajador actualmente** de alguna Institución de Salud Pública | …………………………………. | SI | NO |
| Padece actualmente alguna enfermedad crónica o **incapacitante** | ………………………………….. | SI | NO |
| Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico | ………………………………….. | SI | NO |

Especifique su padecimiento médico y donde es usted tratado:

(Anexe documentación oficial probatoria, en caso de ser trabajador, al enviar éste documento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO