



SERVICIO SOCIAL - FICHA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

(LLENAR CON BOLÍGRAFO TINTA AZUL, CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O EN COMPUTADORA)

Promoción Febrero 2020

DATOS PERSONALES										
NOMBRES (S)			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO				
C.U.R.P.					R.F.C.					
EDAD:		DIA	MES	AÑO	NACIONALIDAD					
FECHA DE NACIMIENTO										
FEM	MASC	SOLTERA (O)	CASADA (O)	U. LIBRE	NOMBRE Y APELLIDOS DE CÓNYUGE			NOMBRE (SIN APELLIDOS) Y EDAD DE HIJAS E HIJOS		
SEXO				ESTADO CIVIL						
RESIDENCIA HABITUAL : 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 O JURISDICCIÓN SANIT. DONDE REALIZARÁ SU SERVICIO SOCIAL										
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 MÁS CICLOS DE SERVICIO SOCIAL, INFORMAR LO SIGUIENTE										
(1)	NO. DE PLAZA	PROMOCIÓN/AÑO	NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD MÉDICA, INSTITUCIÓN (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC.) Y UBICACIÓN							
(2)	NO. DE PLAZA	PROMOCIÓN/AÑO	NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD MÉDICA, INSTITUCIÓN (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC.) Y UBICACIÓN							
PROMEDIO GENERAL DEL ESTUDIANTE Y DATOS DE LA ESCUELA O FACULTAD										
PROMEDIO GRAL	GENERACIÓN		NOMBRE DE LA ESCUELA O FACULTAD				UNIVERSIDAD			
CAMPUS					DOMICILIO DE LA ESCUELA O FACULTAD					
NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR					TELÉFONO OFICINA		CORREO ELECTRÓNICO			
NOMBRE COMPLETO DE LA O EL COORDINADOR DE CAMPOS CLÍNICOS					TELÉFONO OFICINA		CORREO ELECTRÓNICO			
FIRMA DEL ALUMNO: _____						FECHA:				
DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS						DÍA		MES		AÑO
ASENTADOS SON VERDADEROS										
ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL EVENTO PÚBLICO DE ENTREGA DE CAMPOS CLÍNICOS DE SERVICIO SOCIAL (ES LLENADO EN EL MOMENTO EN QUE EL ESTUDIANTE ELIJE EL CAMPO)										
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>NO. DE CAMPO CLÍNICO</p>		INSTITUCIÓN: <u>SSA</u> <u>IMSS-N</u> <u>IMSS-S</u> <u>ISSSTE</u> <u>DIF</u> <u>OTRA:</u> _____								
		HOSPITAL O UNIDAD MÉDICA: _____								
		UBICACIÓN: _____								

FOTO TAMAÑO INFANTIL
Tomada recientemente, blanco y negro, fondo blanco, de frente y sin lentes, mirada hacia la cámara (no selfies).
Se puede poner foto digital de 300 x 300 ppp