



SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DEL ESTUDIANTE AL SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO

FECHA DE INICIO: [ ] [ ] [ ]

DIA MES AÑO

DATOS DEL PLANTEL
NOMBRE:
CLAVE:
NIVEL EDUCATIVO:

PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.
REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL:
NUMERO DE AFILIACION DEL ESTUDIANTE:
NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR:

DATOS DEL ESTUDIANTE

A) NOMBRE
B) C.U.R.P.
C) SEXO
D) FECHA DE NACIMIENTO
E) LUGAR DE DE NACIMIENTO
F) DOMICILIO
G) NOMBRE DE LOS PADRES
H) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA ?
I) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENT
J) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE ?
K) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUYGE, EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD?
L) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS. FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL
SELLO
(del responsable de la Fac. o Esc.)
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL
SELLO
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE