



# SOLICITUD DE INSCRIPCION AL SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES

FECHA MOV.	DD	MM	AA
------------	----	----	----

T.T.	2
------	---

ARGUMENTO	
-----------	--

FOLIO
-------

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO	
NOMBRE:	_____
CLAVE:	_____
NIVEL EDUCATIVO:	_____

DATOS I.M.S.S.	
REGISTRO DEL PLANTEL:	_____
NUMERO DE S.S.:	_____
C.U.R.P.:	_____
No. DE U.M.F. :	_____

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE	_____	_____	_____
	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
B) SEXO		1) MASCULINO	2) FEMENINO ( )
C) FECHA DE NACIMIENTO		( ) ( ) ( )	( )
		DIA MES AÑO	
D) LUGAR DE NACIMIENTO	_____		
E) DOMICILIO	_____	_____	<b>47400</b>
	CALLE	NUMERO	LOCALIDAD C.P.
		MUNICIPIO	ENTIDAD
F) NOMBRE DE LOS PADRES	PADRE: _____	MADRE: _____	
G) ¿ ADEMÁS DE ESTUDIAR TRABAJA ?		1) SI	2) NO ( )
H) ¿ DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE ?		1) PADRES	2) CONYUGUE
		3) OTROS ESPECIFIQUE	( )
I) ¿ EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE ?			
	1) SERVIDOR PUBLICO	6) AGRICULTOR, GRANJERO, CAMPESINO, PESCADOR	
	2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	7) OBRERO	
	3) PROFESIÓN U OFICIO POR SU CUENTA	8) OTROS ESPECIFIQUE _____	
	4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL		
	5) MARINO O MILITAR		( )
J) ¿ SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGUE, EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL ?		1) SI	2) NO ( 2 )
K) ¿ QUE INSTITUCIÓN LE DA SERVICIOS MEDICOS ?			
	1) SEGURO SOCIAL	5) PEMEX	
	2) I.S.S.S.T.E.	6) INSTITUCIÓN NACIONAL DE CREDITO (BANCO)	
	3) SECRETARIA DE MARINA	7) OTRA ESPECIFIQUE <u>NINGUNA</u>	
	4) SECRETARIA DE DEFENSA NACIONAL		( 7 )
<b>BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS</b>			FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO	
SELLO	SE CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL
FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

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