 INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y CALIDAD

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

JURISDICCION SANITARIA DE IXTLAHUACA

**CEDULA DE IDENTIFICACION**

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

NACIONALIDAD EDO. CIVIL EDAD C.U.R.P

CALLE NUMERO COLONIA

CODIGO POSTAL POBLACION MUNICIPIO ESTADO

TELEFONOS

PARTICULAR CELULAR E-MAIL

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON TELEFONO

ALERGIAS O ENFERMEDADES RELEVANTES

TIENE SEGURIDAD SOCIAL: SI IMSS ISSSTE ISSEMYM OTRA ¿CUÁL?

NO

DATOS DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| CARRERA: | |
| FECHA DE INICIO: | FECHA DE TERMINO: |
| UNIDAD: | |
| No. DE CAMPO CLINICO: | TIPO DE CAMPO CLINICO: |
| COORDINACION MUNICIPAL: | |
| JURISDICCION SANITARIA: | |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA: | |
| NOMBRE DEL COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL DE LA FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA: | No. DE TELEFONO: |
| E-MAIL: |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |