

**UAEM****PROGRAMA INTEGRAL
DE UNIVERSIDAD SALUDABLE**

FORMATO SEMESTRAL DE SEGUIMIENTO DEL PIUS PARA ESTUDIANTES

Nombre del(a) Estudiante: _____

Dependencia UAEM: _____

Programa Educativo: _____ Período por cursar: _____

No. de Cuenta: _____ Área de Acentuación: _____

Unidades de aprendizaje a cursar en el periodo

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre y firma del (a) estudiante: _____

TUTOR (A):

Nombre: _____

Firma: _____

ACTIVACIÓN UNIVERSITARIA	AFILIACIÓN A SISTEMA DE SALUD	APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO
ACTIVIDAD	NÚMERO DE AFILIACIÓN	FECHA Y HORA
LUGAR	INSTITUCIÓN	MÉDICO
SELLO DEL(A) RESPONSABLE EN EL ESPACIO UNIVERSITARIO	SELLO DEL(A) RESPONSABLE EN EL ESPACIO UNIVERSITARIO	SELLO DEL(A) RESPONSABLE EN EL ESPACIO UNIVERSITARIO



#MIUniversidad es Innovación

SR