



SOLICITUD DE INSCRIPCION AL SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES

DATOS DEL ESTUDIANTE

NUMERO SEGURIDAD SOCIAL	
CURP:	
CARRERA	
No. Control:	

FECHA:

--

dia/mes/año

DATOS PERSONALES

A) NOMBRE				
APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE
B) SEXO				
1) MASCULINO		2) FEMENINO		()
C) FECHA DE NACIMIENTO				
() () ()		DIA MES AÑO		
D) LUGAR DE NACIMIENTO				
E) DOMICILIO				
CALLE		NUMERO	COLONIA	CODIGO POST.
MUNICIPIO			ENTIDAD FEDERATIVA	
F) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA?				
1) SI		2) NO		()
G) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE, EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL?				
1) SI		2) NO		()
H) ¿QUÉ INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?				
1) SEGURO SOCIAL		5) PEMEX		()
2) I.S.S.S.T.E		6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITOS (BANCOS)		
3) SECRETARIA DE MARINA		7) OTRA ESPECIFIQUE		
4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL				

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ACTUALMENTE NO ME ENCUENTRO AFILIADO A NINGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS, ISSSTE, PENSIONES CIVILES DEL ESTADO, SEGURO POPULAR, ETC.) Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON VERDADEROS. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE REALIZAR LOS PAGOS MONETARIOS CORRESPONDIENTES POR HABER RECIBIDO CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO EN EL IMSS EN CASO DE HABER INCURRIDO EN FALSEDAD.

FIRMA