



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS  
FACULTAD DE MEDICINA**

Calle Leñeros esquina Iztaccíhuatl s/n Col. Volcanes. Cuernavaca Morelos, México  
C.P. 62350 Tel.: (777)3 29 70 48



**SOLICITUD DE DATOS GENERALES**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

FECHA DE REINGRESO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_  
DÍA                      MES                      AÑO

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
AÑOS CUMPLIDOS                      DÍA                      MES                      AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
ESTADO                      PAIS

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
CALLE                      N°                      COLONIA

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
CASA                      CELULAR

R.F.C.: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

ESCUELA DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PREPARATORIA O BACHILLERATO

\_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA**

1er. CONTACTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO                      PARENTESCO                      N° DE TELEFONO

2° CONTACTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO                      PARENTESCO                      N° DE TELEFONO

PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O ALERGIA? \_\_\_\_\_  
SÍ                      NO

FAVOR DE ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ALUMNO**