

MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO
DOCUMENTOS PARA ENTREGAR EN LA COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
BOULEVARD B. JUAREZ N° 18 COL CENTRO 3er. PISO TEL: 3 18 76 32

- a) 3 COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO
- b) 3 COPIAS DEL CURP
- c) 3 COPIAS REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES
- e) 2 COPIAS DEL CERTIFICADO DE CALIFICACIONES O CONSTANCIA DE TERMINACIÓN DE ESTUDIOS
- f) CERTIFICADO DE SALUD RECIENTE (ORIGINAL DE UN CENTRO DE SALUD)
- g) 2 COPIAS Y ORIGINAL DE LA CARTA DE PRESENTACIÓN OTORGADA POR LA INSTITUCION EDUCATIVA
- h) 6 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL RECIENTES (COLOR O BLANCO Y NEGRO)

* REQUISITAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION (1TANTO) Y SACARLE 3 COPIAS
*EL PLIEGO TESTAMENTARIO (3 ORIGINALES)

MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO
DOCUMENTOS PARA ENTREGAR EN LA COORDINACION DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
BOULEVARD B. JUAREZ N° 18 COL CENTRO 3er. PISO TEL: 3 18 76 32

- a) 3 COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO
- b) 3 COPIAS DEL CURP
- c) 3 COPIAS REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES
- e) 2 COPIAS DEL CERTIFICADO DE CALIFICACIONES O CONSTANCIA DE TERMINACIÓN DE ESTUDIOS
- f) CERTIFICADO DE SALUD RECIENTE (ORIGINAL DE UN CENTRO DE SALUD))
- g) 2 COPIAS Y ORIGINAL DE LA CARTA DE PRESENTACIÓN OTORGADA POR LA INSTITUCION EDUCATIVA
- h) 6 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL RECIENTES (COLOR O BLANCO Y NEGRO)

* REQUISITAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION (1TANTO) Y SACARLE 3 COPIAS
*EL PLIEGO TESTAMENTARIO (3 ORIGINALES)

MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO
DOCUMENTOS PARA ENTREGAR EN LA COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
BOULEVARD B. JUAREZ N° 18 COL CENTRO 3er. PISO TEL: 3 18 76 32

- a) 3 COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO
- b) 3 COPIAS DEL CURP
- c) 3 COPIAS EN CASO DE TENER REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES
- e) 2 COPIAS DEL CERTIFICADO DE CALIFICACIONES O CONSTANCIA DE TERMINACIÓN DE ESTUDIOS
- f) CERTIFICADO DE SALUD RECIENTE (ORIGINAL DE UN CENTRO DE SALUD))
- g) 2 COPIAS Y ORIGINAL DE LA CARTA DE PRESENTACIÓN OTORGADA POR LA INSTITUCION EDUCATIVA
- h) 6 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL RECIENTES (COLOR O BLANCO Y NEGRO)

* REQUISITAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION (1TANTO) Y SACARLE 3 COPIAS
*EL PLIEGO TESTAMENTARIO (3 ORIGINALES)

MEDICOS INTERNOS DE PREGRADO
DOCUMENTOS PARA ENTREGAR EN LA COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
BOULEVARD B. JUAREZ N° 18 COL CENTRO 3er. PISO TEL: 3 18 76 32

- a) 3 COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO
- b) 3 COPIAS DEL CURP
- c) 3 COPIAS EN CASO DE TENER REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES
- e) 2 COPIAS DEL CERTIFICADO DE CALIFICACIONES O CONSTANCIA DE TERMINACIÓN DE ESTUDIOS
- f) CERTIFICADO DE SALUD RECIENTE (ORIGINAL DE UN CENTRO DE SALUD))
- g) 2 COPIAS Y ORIGINAL DE LA CARTA DE PRESENTACIÓN OTORGADA POR LA INSTITUCION EDUCATIVA
- h) 6 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL RECIENTES (COLOR O BLANCO Y NEGRO)

* REQUISITAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION (1TANTO) Y SACARLE 3 COPIAS
*EL PLIEGO TESTAMENTARIO (3 ORIGINALES)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORD. DE EDUCACION EN SALUD

pliego testamentario para alumnos de pregrado

Este documento deberá llenarse DE PUÑO Y LETRA del alumno, sin abreviaturas y los espacios que no se use debe cancelarlos con una línea.

CICLO ACADÉMICO :	INTERNADO ()	SERVICIO SOCIAL ()
-------------------	---------------	---------------------

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____
(Apellido paterno, materno y nombre(s) del (de la) alumno (a) (Años y meses)

DOMICILIO: _____
(Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, localidad)
(municipio o delegación política, código postal y entidad federativa y número telefónico)

CARRERA: _____ **ADSCRIPCION:** _____
(nombre de la carrera) (Unidad médica sede)

EN CASO DE MI MUERTE, DESIGNO:

Como beneficiarios para recibir el importe de la ayuda que proporcionará el Instituto Mexicano del Seguro Social a:

_____	(Nombre y Parentesco)
_____	(Nombre y Parentesco)
_____	(Nombre y Parentesco)
_____	(Nombre y Parentesco)

_____ <small>(Lugar, día, mes año)</small>	_____ <small>Firma del alumno</small>	_____ <small>Sello de recepción</small>
-----------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORD. DE EDUCACION EN SALUD

Solicitud de inscripción para alumnos de pregrado

CICLO ACADEMICO QUE SOLICITA:	INTERNADO ()	SERVICIO SOCIAL ()
--------------------------------------	---------------	---------------------

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____
 (Apellido paterno, materno y nombre(s) del (de la) alumno (a) (Años y meses)

DOMICILIO: _____
 (Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, localidad)

(municipio o delegación política, código postal y entidad federativa y número telefónico)

M () F () _____
 Sexo (Estado civil) (Matrícula) (RFC) (CURP)

_____ (Nacionalidad) _____ (Talla Saco) _____ (Talla pantalón) _____ (Número de calzado)

En caso de URGENCIA avisar a: _____ (Nombre) _____ (Número telefónico)

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

_____ (Escuela o facultad) _____ (Carrera) _____ (Promedio de la carrera)

DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA SEDE

_____ (Nombre y número) _____ (Localidad, municipio y entidad federativa)

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DEL: _____ **AL** _____
 (Día, mes, año) (Día, mes, año) (Fecha de la solicitud)

NOTA: Esta solicitud deberá acompañarse de los siguientes documentos en original y copia:

- a) Acta de nacimiento.
- b) Registro Federal de Contribuyentes
- c) CURP.
- d) Certificado de calificaciones o constancia de terminación de estudios o carta de pasante (sólo para servicio social)
- e) Certificado médico de salud (reciente), otorgado por la institución educativa o por una institución de salud oficial.
- f) Carta de presentación, otorgada por la institución educativa en el evento de selección de plazas.
- g) Constancia de adscripción otorgada por la SS a (sólo servicio social)
- h) Tres fotografías recientes tamaño infantil.
- i) Una fotografía de los padres o en su caso del cónyuge e hijo(s) para la credencial de atención médica

(Los originales de los documentos se devuelven al alumno)

 FIRMA DEL ALUMNO

Original para el expediente y copia para el alumno