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 INGRESO: _____ _____ _____ SEMESTRE: _____ GRUPO: _____
DÍA MES AÑO

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ _____ _____
AÑOS CUMPLIDOS DÍA MES AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ _____ SEXO: _____
ESTADO PAÍS

DOMICILIO ACTUAL: _____ _____ _____
CALLE Nº COLONIA

_____ _____ _____
CÓDIGO POSTAL MUNICIPIO ESTADO

TELEFONO: _____ _____ _____
CASA CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

R.F.C.: _____ CURP: _____

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____
NOMBRE DE LA PREPARATORIA O BACHILLERATO

_____ _____ _____
CIUDAD ESTADO PAÍS

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