



SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO

NOMBRE: _____
 CLAVE: _____
 NIVEL EDUCATIVO: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.

REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL: _____
 NUMERO DE AFILIACION DEL ESTUDIANTE: _____
 NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

A) NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE(S)

B) SEXO 1) MASCULINO 2) FEMENINO ()

C) FECHA DE NACIMIENTO _____ () () ()
DIA MES AÑO

D) LUGAR DE NACIMIENTO _____

E) DOMICILIO _____
CALLE NUMERO LOCALIDAD CODIGO POSTAL
MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

F) NOMBRE DE LOS PADRES PADRE _____
MADRE _____

G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA? 1) SI 2) NO ()

H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE? 1) PADRES 2) CONYUGE 3) OTROS _____ ()
ESPECIFIQUE

I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?
 1) SERVIDOR PUBLICO 5) MARINO O MILITAR
 2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR 6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR ()
 3) PROFESION U OFICINISTA POR SU CUENTA 7) OBRERO
 4) COMERCIANTE INDUSTRIAL 8) OTROS _____
ESPECIFIQUE

J) ¿SE ENCUENTRA PROEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE, EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD?
1) SI 2) NO ()

K) ¿QUE INSTITUCIÓN LE DA SERVICIOS MEDICOS?
 1) SEGURO SOCIAL 5) PEMEX
 2) I.S.S.S.T.E. 6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCOS)
 3) SECRETARIA DE MARINA 7) OTROS _____
ESPECIFIQUE ()
 4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS _____ FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL	I.M.S.S. DELEGACION
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL SELLO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	SELLO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE