



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

