



**SOLICITUD PARA LA INCORPORACIÓN DE ESTUDIANTES AL
SEGURO FACULTATIVO DEL RÉGIMEN DEL SEGURO SOCIAL**



DATOS DE LA ENTIDAD ACADÉMICA	PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.
NOMBRE: Coordinación de Ciencias Sociales y Humanidades de la UASLP CLAVE <u>775</u> NIVEL EDUCATIVO <u>Licenciatura</u>	REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL _____ No. AFILIACIÓN DEL ESTUDIANTE _____ No. DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR _____

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE _____			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
B) SEXO	1) MASCULINO	2) FEMENINO	()
C) FECHA DE NACIMIENTO	()	()	()
	DÍA	MES	AÑO
D) LUGAR DE NACIMIENTO _____			
E) ESTADO CIVIL	1) SOLTERO	2) CASADO	3) UNIÓN LIBRE
			4) OTRO _____ ()
			ESPECIFIQUE
F) CLAVE ÚNICA UASLP _____			
G) CURP _____			
H) DOMICILIO _____			
CALLE		NÚMERO	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
I) NOMBRE DE LOS PADRES			
PADRE _____		MADRE _____	
J) ¿ADEMÁS DE ESTUDIAR TRABAJA?	1) SI ¿DÓNDE? _____	2) NO	()
K) ¿DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE?	1) PADRES	2) CÓNYUGE	3) OTROS _____ ()
			ESPECIFIQUE
L) ¿EN QUÉ TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?			
1) SERVIDOR PÚBLICO	5) MILITAR		
2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO		
3) PROFESIÓN U OFICIO POR SU CUENTA	7) OBRERO		
4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL	8) OTROS _____ ()		
			ESPECIFIQUE
M) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CÓNYUGE EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL?	1) SI	2) NO	()
N) ¿QUÉ INSTITUCIÓN LE DÁ SERVICIOS MÉDICOS?			
1) SEGURO SOCIAL	4) GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL _____		
2) I.S.S.T.E.	5) SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL		
3) OTRA _____ ()			
			ESPECIFIQUE
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ACENTADOS SON CIERTOS			
_____ FIRMA DEL ESTUDIANTE			

ENTIDAD ACADÉMICA	I.M.S.S. DELEGACIONAL
SE CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE ESTUDIA EN ÉSTE PLANTEL	
SELLO	SELLO