



# SOLICITUD DE INSCRIPCION AL SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES

TELEFONO 5 873 1773

FECHA DE MOV. 05 1 09  
DIA MES AÑO

BOLETA 2008370277

T.T. 2 ARGUMENTO

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO	
NOMBRE:	<u>E.S.I..M.E. TICOMAN</u>
CLAVE:	<u>37</u>
NIVEL EDUCATIVO:	<u>SUPERIOR</u>

DATOS I.M.S.S.	
REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL:	<u>Y 50 99002-32-0</u>
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
CLAVE UNICA DE REG. DE POS:	<u>AOMD891212HDFCUN09</u>
NUMERO DE U.M.F.:	

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE	<u>Acosta</u>	<u>Mendoza</u>	<u>David Ivan</u>
	APPELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
B) SEXO		1) MASCULINO	2) FEMENINO <u>(1)</u>
C) FECHA DE NACIMIENTO			<u>12</u> <u>12</u> <u>89</u> DIA MES AÑO
D) LUGAR DE NACIMIENTO	<u>México D.F.</u>		
E) DOMICILIO	<u>Central Sur</u>	<u>568</u>	<u>Col. Prohogar</u> <u>07320</u>
	CALLE	NUMERO	LOCALIDAD CODIGO POSTAL
		<u>Deleg. Azcapotzalco</u>	<u>D.F.</u>
		MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
F) NOMBRE DE LOS PADRES	PADRE: <u>Acosta Martínez Miguel</u>		
	MADRE: <u>Mendoza Pérez Guadalupe</u>		
G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA?	1) SI	2) NO	<u>(2)</u>
H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?	1) PADRES	2) CONYUGE	3) OTROS ESPECIFIQUE _____ <u>(1)</u>
I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?	1) SERVIDOR PUBLICO	7) OBRERO	
	2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	8) OTROS ESPECIFIQUE _____	<u>(1)</u>
	3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA		
	4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL		
	5) MARINO O MILITAR		
	6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR		
J) ¿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	<u>(2)</u>
K) ¿QUE 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 <u>NINGUNO</u>	<u>(7)</u>
	4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL		
BAJO PROTES TA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUI ASENTADOS SON CIERTOS			<u>David A.M</u> FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO	
SELLO	SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL
FECHA	NOMBRE FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL	
SELLO	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	