



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



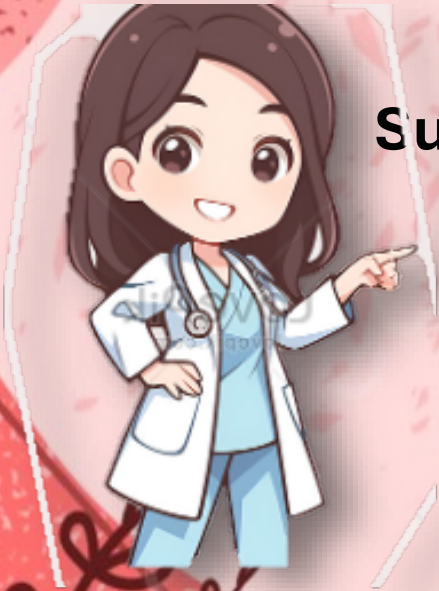
Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos 19

"Leona Vicario"

Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES

SERVICIO MÉDICO



BIENVENIDOS!!!



SERVICIO MÉDICO





Con la finalidad de tener su expediente completo al ingresar a esta escuela, es indispensable realizar estos trámites.

- ✓ **Constancia de Vigencia de Derecho I.M.S.S**
- ✓ **Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN**
- ✓ **Historia Clínica**
- ✓ **Formatos de Seguro de vida y de accidentes (original y copia)**

DUDAS Y DESCARGA DE FORMATOS:

ENTRA A LA PÁGINA DEL CECYT 19

<https://www.cecyl19.ipn.mx/>



**Da clic en
ESTUDIANTES >>>> SERVICIO MEDICO**

Trámites Gobierno

Inicio Conócenos Oferta educativa Aspirantes Estudiantes Servicios y Vinculación

Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos 19 "Leona Vicario"

TURNO MATUTINO

TURNO VESPERTINO

EL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
A TRAVÉS DEL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y
TECNOLÓGICOS NO. 19 "LEONA
VICARIO"

te invita a

**REGISTRARTE PARA SER PARTE
DE LA ESCOLTA OFICIAL DEL
CECYT 19 (PERÍODO 2025-2026)**



Servicio Medico

- ☑ [IMSS](#)
- ☑ [Atención a la salud IPN](#)
- ☑ [Salud Sexual](#)



Registro al SISMI

- ☑ [Video Tutorial de Registro](#)
- ☑ [Instructivo para SISMI y llenado de poliza de seguros](#)
- ☑ [Historial clinica](#)
- ☑ [Carta de rechazo](#)

AQUÍ ENCONTRARÁS

- ✓ Formato de Historia Clínica
- ✓ Formato de carta de rechazo a IMSS
- ✓ Instructivo para llenar SISMI
- ✓ Liga para Asignación o localización del Número de Seguridad Social.



**COLOR DE FOLDER MATUTINO:
ROSA TAMAÑO CARTA**

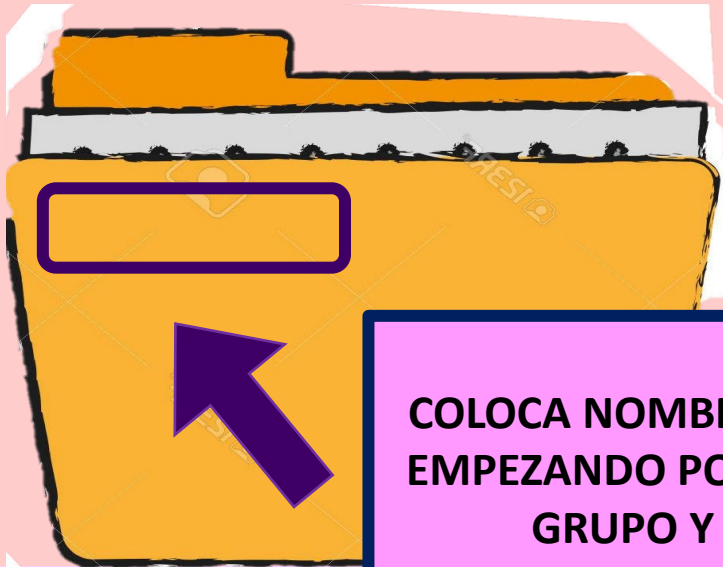
**COLOR DE FOLDER VESPERTINO:
MORADO TAMAÑO CARTA**

DATOS A ANOTAR EN FOLDER:

Nombre completo

Grupo

No. De boleta



**COLOCA NOMBRE COMPLETO
EMPEZANDO POR APELLIDOS,
GRUPO Y BOLETA**

**Horario turno matutino para entrega de
documentos:**

08:00 a 13:00 hrs

**Horario turno vespertino para entrega de
documentos:**

16:00 a 19:00 pm

**Fecha limite de para registro en
SISMI:**

09 de septiembre 2025

**Fecha limite de entrega de
documentos:
03 de octubre**

DOCUMENTO NO. 1

Constancia de Vigencia de
Derechos IMSS



Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
IMSS-02-020	FF-IMSS-012	10 / 11 / 2015 DD MM AAAA

Datos Generales

NSS:	
CURP:	
Nombre(s), primer apellido y segundo apellido	
Sexo:	
Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico:	
Vigente:	
Delegación:	
UMF:	
Turno:	
Consultorio:	
Agregado Médico:	-

Registro Patronal	Nombre o razón social
YS036578321	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL SUPERIOR
Modalidad de Aseguramiento	Descripción de Modalidad
MODALIDAD 3	SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES

Datos de Vigencia

Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
	15/10/2022	17/07/2025

Beneficiarios

NO APLICA

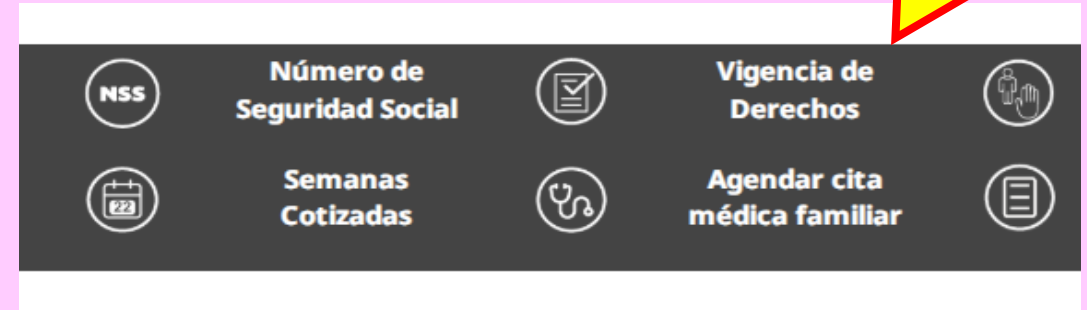
“Constancia de Vigencia de Derechos”

1. Ingresar a Google, escribe IMSS Digital

2. Da clic en la primera liga



**3. Da clic en la leyenda:
“Vigencia de Derechos”**



Deberás contar con los siguientes datos:

- ❖ **Número de Seguridad Social (NSS)**
- ❖ **CURP**
- ❖ **Correo electrónico (que usaste en el trámite para tu asignación de NSS)**

4. Llena correctamente lo que se solicita
Se enviará una liga de confirmación al correo que ingresaste:

Solicitud de constancia de vigencia de derechos

Paso 1
Iniciar trámite

Paso 2
Finalizar trámite

Ingresa los siguientes datos:

Para realizar este trámite, debes tener a la mano:

- CURP
- NSS (Número de Seguridad Social)
- Correo electrónico válido, el cual será asociado a tu CURP

CURP*:

Ingresa tu CURP

¿No te sabes tu CURP? [Consúltala aquí.](#)

NSS (Número de Seguridad Social)*:

Ingresa tu Número de Seguridad Social

¿No te sabes tu NSS? [Consúltalo aquí.](#)

Correo electrónico*:

Ingresa tu correo

5. Entra a la liga desde tu correo y te redirigirá a la página de IMSS donde podrás visualizar tu “Hoja de Vigencia de Derechos”

Trámites > Solicitud de constancia de vigencia de derechos

Solicitud de constancia de vigencia de derechos

Bienvenido:

1

[Salir](#)

Paso 1
Iniciar trámite

Paso 2
Finalizar trámite



Documentos

Tu comprobante de vigencia de derechos ha sido enviado a tu correo electrónico.

Folio	Fecha	Documento			
17527665118591450829198	17/07/2025	Constancia de vigencia de derechos			

7. Descargar el archivo e imprímelo

NOTA: También se envía el comprobante de tu Hoja de Vigencia a tu correo.

Recuerda que...

**En caso de aparecer la leyenda
“ERROR DE FORMULARIO”
u otra leyenda...**

**Deberás acudir a la
Subdelegación del I.M.S.S. que
te corresponda y hacer la
aclaración correspondiente.**

***Todo alumno sin excepción
debe entregar estos
formatos, ya sea que cuente
con el seguro facultativo de
IMSS o externo de parte de
sus tutores.***



DOCUMENTO NO. 2

Registro a SISMI



Instituto Politécnico Nacional
"La Técnica al Servicio de la Patria"



Sistema Institucional de
Servicio Médico Integral

Departamento de Servicios Estudiantiles

ALUMNOS DE NUEVO INGRESO

SISMI tiene como objetivo ser una herramienta de apoyo para brindar un servicio de salud de primer contacto a la comunidad politécnica.

Como complemento a tu proceso de inscripción es **obligatorio**:

1.- Visita la página: <http://www.sismi.dse.ipn.mx> y da click en el botón "Cédula de afiliación Alumnos"



2.- Realiza el llenado del formulario con información verídica.

Recuerda que es **obligatorio** registrarte, de lo contrario no será posible afiliarte, por lo que **NO** tendrás derecho a los servicios de salud del IMSS, por tanto, tampoco podrás asistir a prácticas escolares y/o actividades deportivas y en caso de requerir atención de urgencia deberás cubrir los gastos correspondientes.

NOTA IMPORTANTE:

Alumno que no realice su registro en el sistema SISMI en las fechas indicadas, no podrá ser dado de alta en el seguro social y el trámite lo tendrá que realizar de manera personal sujetándose a los tiempos y requisitos del seguro social.

SI TENGO SEGURO DE PARTE DE MIS TUTORES ME TENGO QUE REGISTRAR?

- Si se debe registrar.
- En el sistema SISMI deberá colocar en el apartado de NSS : 11 ceros (00000000000).

Además de entregar:

- Carta de Rechazo” llenada correctamente
- Copia de constancia de seguro laboral o afiliación por parte del tutor
- Copia de INE de tutor
- Constancia de Vigencia de Derechos
- Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN
- Historia Clínica
- Formatos de Seguro de vida y de accidentes.

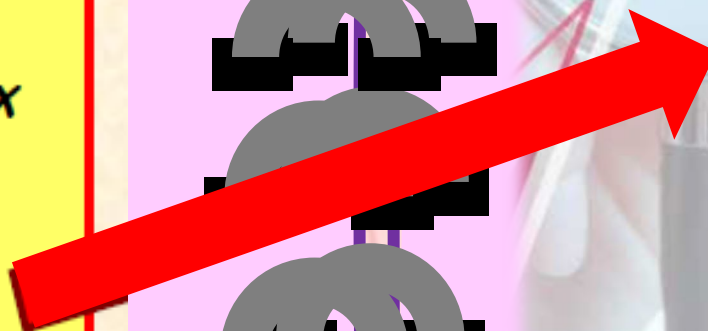
Registro a SISMI

1) Ingresa a la página
<http://www.sismi.dse.ipn.mx>

2) Seleccionar “Cédula de
afiliación alumnos”



*No escribir usuario ni contraseña, no
son requeridas

A screenshot of the SISMI (Sistema Institucional de Servicio Médico Integral) web interface. At the top, there is a yellow button labeled 'Cédula de afiliación alumnos' and 'Primer Ingreso', accompanied by a yellow smiley face icon. Below this is the SISMI logo and name. The main section contains a login form with fields for 'Usuario' and 'Contraseña'. A large red prohibition sign is overlaid on the password field. At the bottom of the form is a green 'Ingresar' button. The background of the interface shows a stylized illustration of a medical building.

Datos Personales

Cancelar

Guardar

CÉDULA PREVENIMSS

CURP

CURP

[Consultar en RENAPO](#)

1er apellido

1er apellido

Boleta

Boleta

Nivel académico

Nivel Medio Superior

Unidad académica

CECyT No.19 LV

Modalidad

Escolarizada

Programa académico

Sin carrera

2do apellido

2do apellido

Nombre (s)

Nombre (s)

Sin abreviaturas

Fecha nacimiento

Fecha nacimiento



Colonia

Calle

Correo electrónico

Código Postal (INE)

Estado

Municipio / Alcaldía

Número de Seguridad Social (NSS)

Número de Seguridad Soci

[Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar \(CLÍNICA\) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS](#)

Núm. Exterior

Clínica

Clínica: La más cercana al domicilio ingresado

Núm. Interior

Núm. Interior

Teléfono

Si por alguna razón no pudieras realizar el trámite vía electrónica, deberás acudir a la Delegación o Subdelegación IMSS para la asignación del NSS, consulta el directorio de instalaciones administrativas del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/directorio/>

Habr  un apartado con la leyenda:

“  Recibe servicios médicos por parte de otra institución de salud publica y/o privada y deseas rechazar el seguro facultativo de IMSS que te otorga el IPN?”

SI/NO

Aquí deberás ingresar los datos del seguro de parte de tu tutor

  Recibes servicios médicos por parte de otra Institución de salud pública y/o privada y deseas rechazar el seguro facultativo del IMSS que te otorga el IPN?

☒ S  ☐ No

Registro
Patronal del
Centro de
Trabajo

Número de Seguridad Social
(NSS)

00000000000

Institución aseguradora

IMSS

<https://www.cecyl19.ipn.mx/>



ESTUDIANTES



SERVICIO MÉDICO



Carta de rechazo



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



Instituto Politécnico Nacional
"La Técnica al Servicio de la Patria"

SECRETARÍA DE SERVICIOS EDUCATIVOS
DIRECCIÓN DE APOYO A ESTUDIANTES

100 Aniversario del CECyT "Gonzalo Vázquez Vela"
60 Aniversario del Centro Cultural "Jaime Torres Bodet"
50 Aniversario de la ESIME Unidad Culhuacán,
ESIA Unidad Tecamachalco y de la Escuela Superior de Turismo
40 Aniversario del CIEEMAD, CEPROBI y del CITEDI

Asunto

Carta de Renuncia para la afiliación al seguro facultativo del IMSS.

Ciudad de México, a de de 2024

Director/a; Encargado/a o Responsable de la Unidad Académica
Presente

En atención al "Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del seguro social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1998; así como el ACDO.SA1.HCT.281015/246.P.DIR y su anexo único relativo a las Reglas a que se sujetará la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior, al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015.

En referencia a la incorporación del seguro de mérito, la cual asume como requisito que las personas que cursen estudios de los tipos medio superior, superior o posgrado en instituciones educativas y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social contarán con la prestación del seguro facultativo que otorga el IMSS.

Atendiendo la normatividad antes mencionada, Yo C. _____ me permito renunciar a la prestación del seguro facultativo que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por conducto del Instituto Politécnico Nacional (IPN), toda vez que, actualmente mi seguro médico se encuentra cubierto por _____, correspondiéndome el Número de Seguridad Social (NSS) _____, por parte de mí _____.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

Atentamente

Nombre completo y firma del(a) estudiante, padre o tutor:

Número de Boleta:

Programa académico:

Semestre:

CURP:

Unidad Académica:

DOCUMENTOS NO. 3, 4 Y 5

- Seguros de Vida
- Seguro de Accidente
- Cédula de Chequeo PrevenirIMSS en IPN

Se llena en el mismo portal del Sistema SISMI.

Todo alumno sin excepción debe registrar a sus beneficiarios, tenga seguro facultativo IMSS o de parte de tutores.

Parentesco: Madre
Padre, Hermano

Selecciona IRREVOCABLE

Beneficiario 1

Nombre completo de beneficiario	Domicilio del beneficiario	Porcentaje %	Parentesco	Fecha nacimiento	☐ Revocable ☐ Irrevocable

Beneficiario 2

Nombre completo del beneficiario	Domicilio del beneficiario	Porcentaje %	Parentesco	Fecha nacimiento	☐ Revocable ☐ Irrevocable

Beneficiario 3

Nombre completo de beneficiario	Domicilio del beneficiario	Porcentaje %	Parentesco	Fecha nacimiento	☐ Revocable ☐ Irrevocable

Nombre completo tal cual viene en INE de beneficiario

Dirección completa

Total %

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A. para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial.
☐ Si ☐ No

Requisitos para ser beneficiario:
Ser mayor de edad
Contar con identificación oficial
Ser familiar directo de preferencia
Puede ser de 1 a 3 beneficiarios como máximo

Suma total: 100%

**Da clic en guardar y podrás descargar los Formatos de Seguro de vida y seguro de accidente
Así como el formato de
Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN**

POLIZA DE VIDA PATRIMONIAL

**Aseguradora
Patrimonial
Vida S.A de C.V.**

**Folio
Consentimiento Individual
Póliza: 12-1350-01**

SEGURO DE VIDA
Para facilitar los trámites de esta solicitud favor de llenarla con letra de molde y tinta azul o negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

CONTRATANTE: INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ASEGURADO: _____
R.F.C. _____ Fecha Nacimiento _____ CURP _____
Correo electrónico: _____ Teléfono _____
Domicilio: Calle y No. _____ Col. e Pob. _____
Del. o Mpio. _____ Estado _____ C.p. _____

SUMA ASEgurADA Y COBERTURAS
La Suma Asegurada y Coberturas serán estipuladas en la cartula de la póliza y certificado correspondiente. \$100,000.00 Básica

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
Apellidos Patermo/Maternal Nombres		

ADVERTENCIA: En el caso en que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores a efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V. me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendo por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la Aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales, sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles, asimismo manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora pueda allegarse de información a través de otras fuentes o personas .

Utilizar sólo el recuadro, en caso de no saber o poder firmar, poner su huella digital.

Lugar y Fecha

Sello de Recepción

Nombre y Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 08 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0069-0405-2022.

Información importante:
Quedarán protegidas por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos para formar parte del grupo o colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella digital del pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo ante otra persona, la cual firmará el presente consentimiento para ser asegurado y designación de Beneficiarios en presencia de dos testigos quienes también firmarán este documento.
Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficiarios que ha hecho. Para el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, podrán acudir a: A los módulos de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generales para la cobertura amparada.

Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldia Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55-41-61-95-50. www.apvida.mx. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 08 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0069-0405-2022.

Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55-41-61-95-50. www.apvida.mx. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.

ACCIDENTES PERSONALES

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CECYT 19
Escuela de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 19
"Néstor Cerón Márquez"



México 2017

CONSENTIMIENTO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, Ciudad de
México,
Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Nombre completo del Contratante	
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL	
Datos de la póliza	
Número de póliza anterior	Número Póliza
Número Certificado	Número de Filial
Datos del Asegurado	
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)	
Masculino ☐ Femenino ☐	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Córeo electrónico
Teléfono	
Calle	Número (Exterior e Interior)
Colonia	Código Postal
Delegación o Municipio	Ciudad o Población
Entidad Federativa	
Sueldo Mensual	Ocupación
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa?	
Si ☐ No ☐ En caso de respuesta negativa indicar causa	
Causa:	Periodo: desde hasta
Suma Asegurada o regla para determinarla:	
Datos de los Beneficiarios	

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
					Revocable ☐
					Irrevocable ☐
					Revocable ☐
					Irrevocable ☐

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo a Condiciones Generales.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011-900, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S.A. con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios) incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, vida sexual, características físicas y personales) obtenidos o proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o bien los que se generen de la relación que en su caso se celebre con Usted, serán tratados para evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos y para dar cumplimiento a nuestras obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable.

Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados en este párrafo, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin.

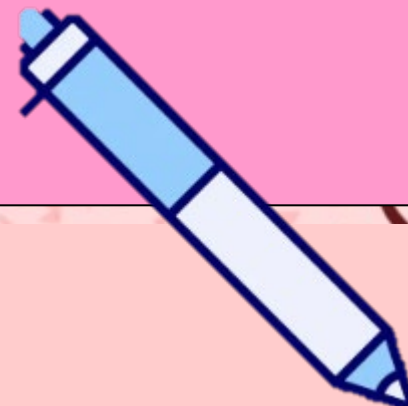
Sus datos personales podrán ser transferidos a las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con nuestras obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. Dichas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme al artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; en caso de realizar alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso, éste será recabado. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar el consentimiento otorgado, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latinoamericana Seguros, S.A., o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx Para conocer las opciones que La Latinoamericana Seguros, S.A. tiene para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de ésta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2881.

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A. para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si ☒ No ☐

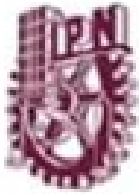
Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que el mismo será aceptado por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de éste documento.

POLIZAS



- Entregar en original y copia.
- El original debe ser impreso a color.
- Recordar que este se llena en automático cuando se realiza registro en SISMI
- **UNICAMENTE SE LLENA CON TINTA AZUL LA FIRMA DEL ASEGURADO (NOMBRE COMPLETO)**
- Si tienes dudas de la firma pregunta en servicio medico antes de firmarlo.

Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE SERVICIOS EDUCATIVOS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES
DEPARTAMENTO ATENCIÓN A LA SALUD



Cédula de chequeo de PrevenIMSS en IPN 2018

ALUMNO: AURORA MAJETSI DEGANTE GONZALEZ

FECHA NACIMIENTO: 04/12/2003

F. CHEQUEO: 23/08/2018

PLANTEL: CECyT No. 12 JMMP

CURP: DEGA031204MDFGNRA0

BOLETA: PM19018240

NSS: 09180363344

CLINICA HGR 25 I.
Zaragoza

I. Módulo de Promoción a la Salud

Cartilla Nacional de salud	Tiene cartilla	Si ()	No ()	No lo trae ()	Se le otorgo ()
Tema "Alimentación correcta"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Actividad física"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Salud bucal"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Salud sexual y	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Prevención y adicciones"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()

II. Módulo de Evaluación Nutricional

Peso: _____ Talla: _____ Cintura: _____ IMC: _____

Valoración nutricional: Bajo peso () Normal () Sobrepeso () Obesidad () Ac. Fóllico: Si () No ()

Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN

III. Módulo de Esquema de Vacunación

Toxoide TD 1°: _____ Año: _____ Dosis: _____

Hepatitis B: _____ Año: _____ Dosis: _____

IV. Módulo de Prevención y Control de Enfermedades

Placa Bacteriana: Si () No () Cepillo Dental: Si () No () Uso del Hilo Dental: Si () No ()
(Instruir en la técnica otorgando pastilla) (Instruir en la técnica y otorgar cepillo dental) (Instruir en la técnica)

V. Módulo de Detección de Enfermedades (para mayores de 20 años)

Diabetes _____ Sospecha DM: _____ Hipertensión: _____ Sospecha HAS: _____

Hipercolesterolemia: _____ Sospecha HTC: _____ Triglicéridos: _____ Sospecha TGC: _____

Detección de Agudeza Visual: OD () OI () Normal () Sospechoso () Usa lente ()

VI. Módulo de Salud Sexual y Reproductiva

Entrega de condones: Si () No () Número de condones entregados: _____ Orientación sobre el uso del condón: Si () No ()

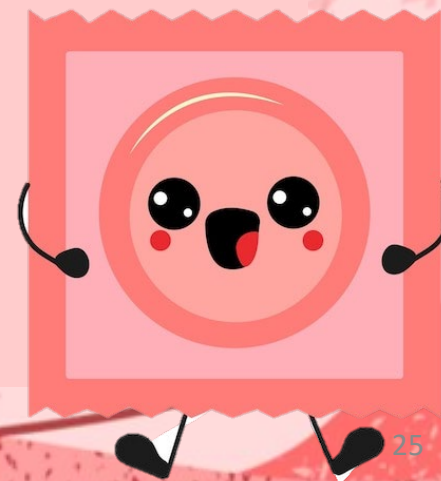
Observaciones NINGUNA

Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN

Obligatorio entregar la cedula de chequeo PrevenIMSS el día 11 y 12 de septiembre

Ya que se llevara acabo las siguientes actividades:

- Campaña de vacunación (traer cartilla de vacunación)
- Toma de peso y talla
- IMC
- Salud bucal
- Salud sexual y reproductiva



¿ DUDAS SOBRE LLENADO DE SISMI?

Ingresa a página de CECYT 19 >>>
Estudiantes >>> Servicio Médico >>>
Video Tutorial de Registro >>>



A screenshot of the CECYT 19 website. The top navigation bar has 'Estudiantes' and 'Servicios y Vinculación' highlighted. A dropdown menu is open under 'Estudiantes', showing options like 'Eventos académicos', 'Gestión Escolar', 'Becas', 'Servicio Médico' (highlighted with a purple arrow), 'Servicio Social', 'Material y Servicios Académicos', 'Servicio y Apoyo Estudiantil', 'Titulación', 'Egresados', and 'Salud Sexual'. To the right, there is a section titled 'Registro al SISMI' with a list of links: 'Video Tutorial de Registro', 'Instructivo para SISMI y llenado de poliza de seguros', 'Historial clínica', and 'Carta de rechazo'. Each link is preceded by a checkmark icon.

DOCUMENTOS NO. 6

- Historia Clínica

- Deberás llenarla a mano
- Pluma azul
- Pide apoyo de tu tutor para llenar correctamente el formulario



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS 19
"LEONA VICARIO"



Historia Clínica

Grupo: _____

Ficha de Identificación

FOTO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
CURP: _____ e-mail: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Domicilio: _____
Responsable (Padre o Tutor): _____ Número Telefónico Local (casa): _____
Celular: _____ otro: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ m

2. Antecedentes Heredo Familiares

¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos) padece alguna enfermedad de importancia? (que requiere tratamiento constante o es incapacitante) Especifique cual: _____

3. Antecedentes Personales Patológicos

(Detallará los antecedentes de importancia clínica, así como el tratamiento que recibe para cada situación y su duración).

Cardiovasculares _____ Respiratorios _____ Digestivos _____ Metabólicos _____

Renales _____ Otros: _____ Especifique cual y que tratamiento utiliza _____

Transfusiones () Alergias _____ Inmunizaciones (vacunas): Completas () Incompletas () Cual: _____

(Especifique tipo de lesión y tratamiento y fecha de incidente; p.ej: "Fractura tibia", Tto: "Aparato de Yeso". "Marzo de 2018".)

Traumatismos: _____

Cirugías: _____

Antecedentes Personales

(Marque con una cruz (X), según sea el caso para cada rubro. Consumo o uso de:

Ingresa a página de CECYT 19 >>> Estudiantes >>>
Servicio Medico >>> Historia Clínica >>> Descarga

Estudiantes ▾

Servicios y Vinculación ▾

Eventos académicos

Gestión Escolar

Becas

Servicio Medico

Servicio Social

Material y Servicios Académicos

Servicio y Apoyo Estudiantil

Titulación

Egresados

Salud Sexual

Registro al SISMI

- ✓ [Video Tutorial de Registro](#)
- ✓ [Instructivo para SISMI y llenado de poliza de seguros](#)
- ✓ [Historial clinica](#)
- ✓ [Carta de rechazo](#)



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS 19

"LEONA VICARIO"



Historia Clínica

Grupo: _____

Ficha de Identificación

FOTO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CURP: _____ e-mail: _____ Sexo _____ Edad _____

Domicilio _____

Responsable (Padre o Tutor) _____ Número Telefónico Local (casa) _____

Celular: _____ otro: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ m

2. Antecedentes Heredo Familiares

¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos) padece alguna enfermedad de importancia? (que requiere tratamiento constante o es incapacitante) Especifique cual: _____

3. Antecedentes Personales Patológicos

(Detallará los antecedentes de importancia clínica, así como el tratamiento que recibe para cada situación y su duración).

Cardiovasculares _____ Respiratorios _____ Digestivos _____ Metabólicos _____

Renales _____ Otros: _____ Especifique cual y que tratamiento utiliza _____

Transfusiones () Alergias _____ Inmunizaciones (vacunas): Completas () Incompletas () Cual: _____

(Especifique tipo de lesión y tratamiento y fecha de incidente; p.ej: "Fractura tibia", Tto: "Aparato de Yeso". "Marzo de 2018".)

Traumatismos: _____

Cirugías: _____



Pasatiempo: _____ ¿Practicas algún deporte?: _____
¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día? _____ ¿Estás en tratamiento odontológico? _____
EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DISCAPACIDAD:
Física (☐) Especifique: _____
Intelectual (☐) Especifique: _____
Discapacidad auditiva (hipoacusia, sordera, uso de aparato auditivo, etc.): _____
Discapacidad visual: (baja visión diagnosticada; astigmatismo, miopía, hipermetropía, ceguera en algún ojo, etc.) Especifique cual y su tratamiento: _____
Agudeza visual (SOLO SI NO USA LENTES O NO TIENE DISCAPACIDAD VISUAL). Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____

En caso de que el alumno tenga algún problema de salud dentro del plantel, llámese traumatismo, herida punzocortante, enfermedad general o incapacitante, se le solicita su consentimiento para realizar procedimientos médicos (medicamentos vía oral y/o intramusculares, suturas, curaciones, inmovilización de extremidades).

SI AUTORIZÓ (☐) NO AUTORIZÓ (☐)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

Con base en el artículo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, me permito indicar a usted que: Los datos personales recabados de alumnos de Nivel Medio Superior serán incorporados en el Sistema de datos personales denominado "Expedientes a Alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 19 "Leona Vicario" Tecámac, con fundamento jurídico en los artículos 20, 21 de la LETAIPG; Décimo sexto, Décimo séptimo, Vigésimo séptimo, Vigésimo octavo, Vigésimo noveno, Trigésimo segundo, Trigésimo tercero, de los Lineamientos de Protección de los Datos Personales. La finalidad de recabar dichos datos personales es para dar cumplimiento a las disposiciones en materia educativa que existen en el país, así como para dar cumplimiento a la Normatividad del Instituto Politécnico Nacional que regula el registro y desarrollo de los estudios de los alumnos de Nivel Medio Superior. El sistema "Expedientes a Alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 19 "Leona Vicario" Tecámac, queda registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifei.org.mx) y podrán ser transmitidos a instancias correspondientes dentro del IPN y a las autoridades competentes en materia educativa, además de otras transmisiones previas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 19 "Leona Vicario" Tecámac, y la dirección provisional donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es en Manzana 1 Lote 13, Conjunto Urbano Quinta Versailles, poblado Ojo de Agua, Municipio de Tecámac, Estado de México, C.P. 55767. Lo anterior se informa en cumplimiento del Décimo séptimo de los Lineamientos de Protección de datos Personales, publicados en Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre del 2005.



Al finalizar, tu Tutor deberá firmar con tinta azul el formulario y dar consentimiento si autoriza el otorgarte atención de primer contacto en caso de requerirlo dentro de la escuela.

¿ DUDAS SOBRE TU TRÁMITE?

Contacto:

Correo electrónico:



afili.imss.cecylt19@ipn.mx

Asunto: Turno asignado

En el cuerpo del correo indicar:

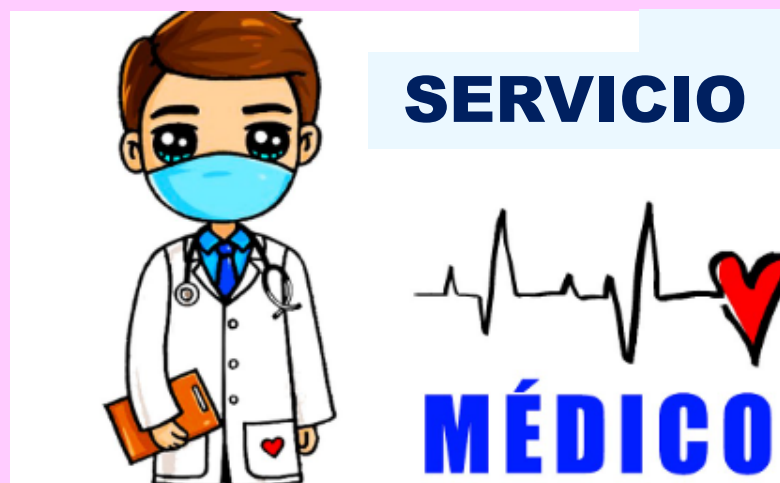
Nombre

Grupo

Número de Boleta o Preboleta

Teléfono de contacto

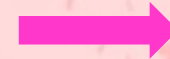
Duda o aclaración



Gracias por su atención

RESUMEN

- 1) Registro SISMI : ULTIMO DÍA 9 DE SEPTIEMBRE 2025
- 2) Entrega de documentos: FECHA LIMITE 3 DE OCTUBRE 2025
- 3) Cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN: ENTREGAR EL DIA 11 Y 12 DE SEPTIEMBRE



- 1) Seguro de vida
- 2) Seguro de accidente personales
- 3) Constancia de vigencia de derechos.
- 4) Historia clínica
- 5) *Carta de rechazo (en caso de tener seguro por tu padres)

SISMI : Seguro de vida, Seguro de accidente personales, cédula de Chequeo PrevenIMSS en IPN



<https://www.sismi.dse.ipn.mx>

Historia clínica y carta de rechazo



<https://www.cecylt19.ipn.mx/estudiantes/servicio-medico.html>

Constancia de vigencia de derechos IMSS



<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>



G G G G G G G G



Elaboró: Servicio Medico