

## DATOS GENERALES



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD SANTO TOMAS



PARA USO INTERNO CICS UST

No. DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ CARRERA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CALLE COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO C.P. CURP

TELEFONO VIGENTE: \_\_\_\_\_ CEL. VIGENTE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO Y FACEBOOK: \_\_\_\_\_

ESC. DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

(Nombre de la Escuela donde concluyó bachillerato y lugar)

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_

¿REQUIERE APOYO POR ALGUNA CAPACIDAD DIFERENTE? \_\_\_\_\_

TRABAJA ACTUALMENTE SI( ) NO( ) \_\_\_\_\_

(SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE ANOTE EL NOMBRE DE LA EMPRESA, HORARIO Y TELEFONO)

¿ACTUALMENTE CUENTAS CON ALGUNA BECA ECONOMICA?: SI( ) NO( ) \_\_\_\_\_

(SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE ANOTE EL NOMBRE DE LA INSTITUCION QUE LE OTORGA Y EL MONTO)

¿ACTUALMENTE PRACTICA ALGUN DEPORTE?: (SI) (NO) \_\_\_\_\_

(SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE ANOTE EL NOMBRE DEL DEPORTE Y HORARIO EN QUE LO PRACTICA, SI ES DEL IPN ESPECIFIQUE SI ES SELECCIONADO)

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO VIGENTE: \_\_\_\_\_

TODOS LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CLASIFICADOS COMO INFORMACION PRIVADA DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL (LFTAIPG).

FIRMA DEL INTERESADO

FECHA: \_\_\_\_\_