



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD SANTO TOMÁS



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR

**HOJA DE DATOS GENERALES**

CIUDAD DE MÉXICO A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20\_\_\_\_. CARRERA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS C.U.R.P. \_\_\_\_\_

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

CALLE Y NÚMERO

COLONIA

\_\_\_\_\_

ALCALDÍA O MUNICIPIO

CIUDAD O ESTADO

C.P.

TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	MAIL
------------------	-------------------	------

FACEBOOK	PAÍS Y ESTADO DE NACIMIENTO
----------	-----------------------------

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUÁL?

ESTADO DE LA REPÚBLICA O PAÍS DONDE ESTUDIÓ EL BACHILLERATO

ACTUALMENTE CUENTAS CON BECA SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL?

¿HABLAS ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL?

**EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

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

**TODOS LOS DATOS PERSONALES  
CONTENIDOS EN ESTE  
DOCUMENTO SON CLASIFICADOS  
COMO INFORMACIÓN PRIVADA  
DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL  
DE TRANSPARENCIA Y ACCESO  
A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.**



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ESTUDIANTE**

NÚMERO DE BOLETA: \_\_\_\_\_