



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TUTORIAS
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE TUTORÍAS.**



FORMATO DE REGISTRO



Nombre del Alumno Tutorado:

Edad: _____ años. Estado Civil: _____

Correo Electrónico: _____

No. de Boleta: _____ . Grupo actual _____

Semestre _____ Promedio: _____

Domicilio Particular: _____

Colonia: _____ Delegación: _____ C.P. _____

Teléfono Particular: _____

Teléfono Celular _____

Becario (SI) (NO) Tipo de beca: _____

Comentarios personales sobre su situación Académica en la Escuela Superior de Medicina,
y problemas que afecten su desempeño escolar.

Nombre y Firma del Alumno Tutorado

_____ de _____ del 20_____