

ALUMNOS NUEVO INGRESO

**Documentos a Enviar
al correo:**

medicoupiicsa@ipn.mx

Todos los documentos que a continuación se mencionan debes llenarlos (como se muestra en el ejemplo) en computadora y enviarlos al correo medicoupiicsa@ipn.mx

DOCUMENTO 1. Seguro de Vida



SEGURO DE VIDA (INDIVIDUAL Y GRUPO)



CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO

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.

Datos de la póliza					
Póliza anterior	AQUI NO ESCRIBAS	Póliza	AQUI NO ESCRIBAS	Certificado	AQUI NO ESCRIBAS
Filial		AQUI NO ESCRIBAS		Categoría	AQUI NO ESCRIBAS
Nombre completo del Contratante					
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL					
Datos del Asegurado					
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)		ESCRIBE AQUI TU NOMBRE COMPLETO		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
ESCRIBE AQUI TU FECHA DE NACIMIENTO		ESCRIBE AQUI TU CORREO ELECTRONICO		ESCRIBE TU NO. DE TELEFONO	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año		Correo electrónico		Teléfono	
EN ESTA LINEA ESCRIBE TU DOMICILIO COMPLETO		ESCRIBE EN ESTA LINEA EL NUMERO DE TU CASA		EN ESTA LINEA ESCRIBE LA COLONIA DONDE VIVES	
Calle		Número (Exterior e Interior)		Colonia	
EN ESTA LINEA ESCRIBE LA ALCALDIA DONDE VIVES				ESCRIBE AQUI SI ES EN LA CIUDAD DE MEXICO O EL ESTADO	
Código Postal		Ciudad o Población		Entidad Federativa	
Delegación o Municipio		ESTUDIANTE			
AQUI NO ESCRIBAS					
Suelo Mensual		Ocupación o actividad principal que desempeña			
AQUI NO ESCRIBAS		AQUI NO ESCRIBAS		AQUI NO ESCRIBAS	
Fecha de ingreso a la empresa		Fecha de alta en el seguro de vida		Suma asegurada o regla para determinarla	
¿Utiliza motocicleta?		¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido sometido a tratamiento médico y/o quirúrgico o ha estado bajo vigilancia médica o padece alguna enfermedad, lesión corporal o ha tenido algún accidente?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, dar detalles al respecto		AQUI NO ESCRIBAS			
AQUI NO ESCRIBAS		AQUI NO ESCRIBAS			
Trabaja en:		Otro(s)		AQUI NO ESCRIBAS	
Oficina <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/>					
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso de respuesta negativa indicar causa	
Causa: AQUI NO ESCRIBAS		Periodo: desde AQUI NO ESCRIBAS		hasta AQUI NO ESCRIBAS	
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	
ESCRIBE EL NOMBRE DE TU FAMILIAR, QUE SEA MAYOR DE EDAD	ESCRIBE EL DOMICILIO COMPLETO DEL FAMILIAR QUE ESCRIBISTE	DEBES DIVIR EL PORCENTAJE ENTRE TUS BENEFICIARIOS EL TOTAL TE DEBE DAR EL 100 POR CIENTO	ESCRIBE LA FECHA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS	ESCRIBE AQUI EL PARENTESCO QUE TIENES CON CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS (PAPA, MAMA, HERMANO, TIA/O, ABUELA/O)	<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable
ESCRIBE EL NOMBRE DE TU FAMILIAR, QUE SEA MAYOR DE EDAD	ESCRIBE EL DOMICILIO COMPLETO DEL FAMILIAR QUE ESCRIBISTE		FECHA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS		<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable
ESCRIBE EL NOMBRE DE TU FAMILIAR, QUE SEA MAYOR DE EDAD	ESCRIBE EL DOMICILIO COMPLETO DEL FAMILIAR QUE ESCRIBISTE		FECHA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS		<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?					
AQUI NO ESCRIBAS					

0121003-D.2 1



Importante

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.

Tratándose de asegurados menores de 12 años, se pagará como suma asegurada máxima 60 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente. El proponente estará obligado a declarar por escrito a La Latinoamericana Seguros, S.A., de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a La Latinoamericana Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.

Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.

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 número 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, 8º 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.

LA FECHA DEBE SER
C/D DE MEXICO 17 DE ENERO 2022

Lugar y fecha

ESCRIBE AQUI TU NOMBRE COMPLETO

Nombre del Asegurado

FIRMAR CON TINTA AZUL

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 29 de febrero del 2016, con el número RESP-S0013-0100-2016 y del día 12 de julio de 2016, con el número CGEN-S0013-0454-2016/ CONDUSEF-000371-01.

DOCUMENTO 2. Seguro de Accidente personales, descargar de la página de UPIICSA, en rubro de estudiantes, atención a la salud. Guiarse con el ejemplo.

<https://www.upiicsa.ipn.mx/estudiantes/atencion-salud.html>

NOTAS:

- **La fecha de sus seguros debe ser:**

Cd. de México 17 de enero 2022.

- **Accidentes en motocicleta, no estan cubiertos con seguro de vida, nide accidente.**
-

firmar seguros en tinta AZUL!!!



**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 AQUI NO ESCRIBAS Número Póliza AQUI NO ESCRIBAS Número Certificado AQUI NO ESCRIBAS Número de Filial AQUI NO ESCRIBAS

Datos del Asegurado
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) ESCRIBE AQUI TU NOMBRE COMPLETO Masculino Femenino
ESCRIBE AQUI TU FECHA DE NACIMIENTO **AQUI TU CORREO ELECTRONICO** **TU NO. DE TELEFONO**
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año Correo electrónico Teléfono
EN ESTA LINEA ESCRIBE TU DOMICILIO COMPLETO

Calle Número (Exterior e Interior) Colonia Código Postal
EN ESTA LINEA ESCRIBE LA ALCALDIA DONDE VIVES **ENTIDAD FEDERATIVA**

Delegación o Municipio Ciudad o Población Entidad Federativa
AQUI NO ESCRIBAS **ESTUDIANTE** **AQUI NO ESCRIBAS**

Sueldo Mensual Ocupación DEJA LOS CUADROS VACIOS Categoría dentro de la misma
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Sí No En caso de respuesta negativa indicar causa
Causa: AQUI NO ESCRIBAS Periodo: desde AQUI NO ESCRIBAS hasta AQUI NO ESCRIBAS
Suma Asegurada o regla para determinarla: AQUI NO ESCRIBAS

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. **NOTA: TUS BENEFICIARIOS DEBEN SER FAMILIARES DIRECTOS MAYORES DE EDAD**

Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
NOMBRE DE TU FAMILIAR, QUE SEA MAYOR DE EDAD	ESCRIBE EL DOMICILIO COMPLETO DEL FAMILIAR	DEBES DIVIR EL PORCENTAJE ENTRE TUS BENEFICIARIOS, EL TOTAL TE DEBE DAR EL 100 POR CIENTO	<small>FECHA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS</small>	ESCRIBE AQUI EL PARENTESCO QUE TIENES CON CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS (MAMA, PAPA, HERMANA, PAPA, TIA/O, ABUELO/O)	Revocable <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE TU FAMILIAR, QUE SEA MAYOR DE EDAD	ESCRIBE EL DOMICILIO COMPLETO DEL FAMILIAR		<small>FECHA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS</small>		Irrevocable <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE TU FAMILIAR, QUE SEA MAYOR DE EDAD	ESCRIBE EL DOMICILIO COMPLETO DEL FAMILIAR		<small>FECHA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE TUS BENEFICIARIOS</small>		Revocable <input type="checkbox"/>
					Irrevocable <input type="checkbox"/>

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?
AQUI NO ESCRIBAS

Importante

El proponente estará obligado a declarar por escrito a La Latinoamericana Seguros, S.A., de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a La Latinoamericana Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.

Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.

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, 8º 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.

LA FECHA DEBE SER:
C/D DE MEXICO 17 DE ENERO 2022

ESCRIBE AQUÍ TU NOMBRE COMPLETO

FIRMAR CON TINTA AZUL

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

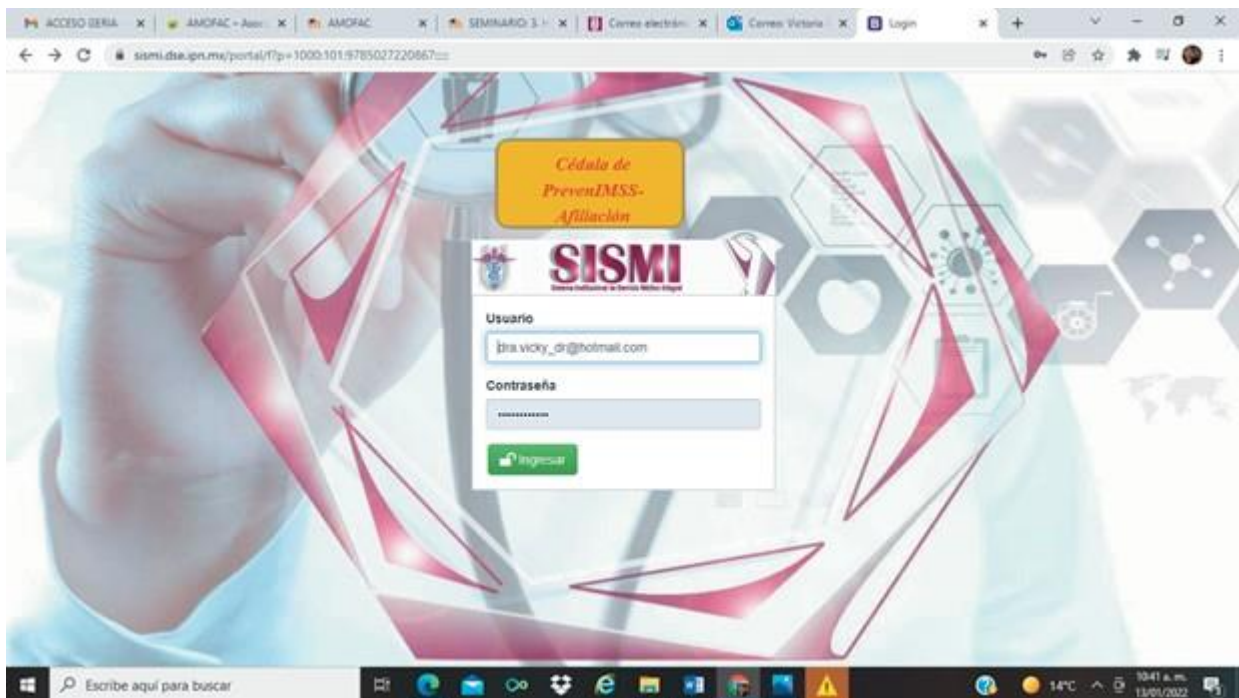
Firma del Asegurado



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 7 de septiembre de 2016, con el número CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.

DOCUMENTO 3. Cédula de PrevenIMSS.

Que se encuentra disponible a partir del 10 enero 2022 y hasta el 3 de febrero 2022, (después de esta fecha no te podrás dar de alta en el IMSS) en la pantalla principal del SISMI en la página www.sismi.dse.ipn.mx el botón **AMARILLO** llamado Cédula Preven-IMSS Afiliación para que los alumnos ingresen en una primera etapa, haciendo las capturas de sus datos generales y obtengan el Número de Seguridad Social (NSS). Este será el criterio de validación para obtener la base de datos de alumnos que serán afiliados de forma masiva al IMSS.



Cancelar Guardar Buscar

Cedula PrevenIMSS

CURP
ZENG020107MMCXVBA3

[Consultar en RENAPO](#)

Boleta
2021601030

Unidad académica de nuevo ingreso
UPIICSA

1er. Apellido
ZEA

2do. Apellido
NAVARRETE

Nombre completo **Sin abreviaturas**
GABRIELA MICHELL

Fecha nacimiento
07/01/2002

Edad
18.08

Meses.

E-mail
gabrielazeanavarrete07012002@gmail.com

C.P. domicilio actual
52920

Ingresa www.sismi.dse.mx
En cedula afiliación alumnos

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

2.- Dar clic en la pestaña amarilla CÉDULA PREVEIMSS – AFILIACIÓN que estara disponible desde el 10 de enero 2022 y hasta el 3 de febrero 2022 (Después de esta fecha no te podrás dar de alta al IMSS)

3.- Ingresa tus datos personales en forma correcta, sin abreviaturas (en caso de tener más de un nombre, no Omitir ninguno)

4.- En caso de ser foráneo, colocar la dirección del lugar donde residirás durante tu estancia en el IPN (Cd. México)

5.- Una vez ingresados los datos dar clic en GUARDAR, enviarlo junto con tus seguros de vida y accidente al correo medicoupiicsa@ipn.mx

DOCUMENTO 4. Formato de datos personales alumnos nuevo ingreso.

Anotar sus datos personales completos, peso, estatura, perímetro abdominal (Tomar con cinta métrica la circunferencia de la cintura y anotar los cm)



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
 UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERÍA Y CIENCIAS SOCIALES Y
 ADMINISTRATIVAS
ATENCIÓN A LA SALUD
FORMATO ALUMNOS NUEVO
INGRESO.



Leer cuidadosamente y anotar lo que se solicita:

1.-Llenar los campos con sus datos correspondientes:

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
CURP:			ESTADO CIVIL:		
DOMICILIO:	CALLE:	No.	COLONIA		
ALCALDÍA/MUNICIPIO:			C.P.:		
TELÉFONO DE CONTACTO: (MADRE, PADRE, HERMANO, TÍOS):					
TEL:		CELULAR:		CORREO:	
Número de BOLETA (PREBOLETA)/PP ó PE:			No. SEGURO SOCIAL:		
¿Tienes alguna discapacidad?		Sí	No	¿Cuál?	
¿Usas lentes?		Sí	No	¿ESTAS EMBARAZADA? Sí No ¿Cuántos meses? _____	
¿Tienes hijos?		Sí	No	¿Cuántos? _____ Anota sus edades:	
CARRERA:			CLÍNICA IMSS QUE TE CORRESPONDE:		
Peso			Estatura		
Perímetro abdominal					

4.- Descargar de la pág. www.sismi.dse.ipn.mx/portal la cédula de **CEDULA PREVENIMSS - AFILIACION** llenar los campos que se solicitan Y ENVIAR EN FORMATO PDF JUNTO CON SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTE AL CORREO: medicoupiicsa@ipn.mx

NOTA: SI TIENES 20 AÑOS O MAS FAVOR DE REALIZARTE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GLUCOSA, COLESTEROL Y TOMA DE PRESION ARTERIAL Y ANOTAR LOS RESULTADOS GRACIAS

***MEDIR CON CINTA METRICA TU ABDOMEN Y ANOTAR EL RESULTADO GRACIAS**



upiicsa

Recuerda:

**Enviar los documentos
en el orden anterior,
documento 1, 2, 3 y 4
Para su recepción.**

Nota: La **entrega** de dichos **documentos**
son **indispensables** para **continuar**
tu **inscripción** a la **UPIICSA**.

**ENVÍANOS TUS DUDAS A:
medicoupiicsa@ipn.mx**

Gracias
Atención a la Salud
(Servicio Médico)