

NOMBRE: _____ **SEMESTRE:** _____

CARRERA: _____ **No. CONTROL:** _____

No. AFILIACION: _____ **CLINICA:** _____

FECHA: _____



SELLO DEL DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES

PRESENTARSE EN LA CLINICA CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS.

Horario de 08:00 a 14:00 hrs.

1. Número de Afiliación. (En documento oficial)
2. Identificación Oficial.
3. CURP
4. Comprobante de domicilio (No mayor a 3 meses)
5. 1 Fotografía Tamaño Infantil.