SECRETARIA DE SALUD SINALOA
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICO PASANTE
PROMOCION FEBRERO 2018.

FOTO

PRE-REGISTRO

IMPRIMA Y LLENE EN LIMPIO Y CON LETRA DE MOLDE Y **SIN ABREVIATURAS** LA INFORMACIÓN AQUÍ REQUERIDA, PARA EVITAR ERRORES EN EL LLENADO DE SU CARTA DE ADSCRIPCIÓN ASI COMO EN SU CARTA DE TERMINACIÓN. SI EXISTE ALGUNA DUDA ACUDA CON EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE LA SECRETARIA DE SALUD SINALOA.

D A T O S P E R S O N A L E S

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

NACIONALIDAD:_____ **EDAD:** _____ EDO. CIVIL: _____

SEXO: (M) (F) R.F.C._____**CURP**:_____

DIRECCIÓN:_____
CALLE No. COLONIA C.P.

_____ TEL. (01 66)_____
POBLACIÓN ESTADO DONDE SE LE LOCALICE

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____

EMAIL: _____@_____

D A T O S D E L C A M P O C L I N I C O S E L E C C I O N A D O

INSTITUCION DE SALUD: SSA **CARRERA:** **FECHA DE INICIO: 01 08 17**
D M A

LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA, EN CASO DE FALLECIMIENTO.

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

_____
FIRMA