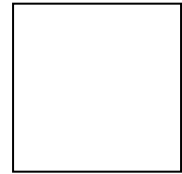




**SECRETARIA DE SALUD SINALOA  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**



**FOTO**

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICO INTERNO  
PROMOCION JULIO 2018**

**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.

**DATOS PERSONALES**

**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** \_\_\_\_\_ **@** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CAMPO CLINICO SELECCIONADO**

**INSTITUCIÓN DE SALUD:** SSA **CARRERA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE INICIO:** 01 01 15  
D M A

**HOSP. GRAL DE:** \_\_\_\_\_

**TALLA DE UNIFORMES**

**TALLA DE SACO:** (30) (32) (34) (36) (38) (40) (42) (44) (46)

**TALLA DE PANTALÓN:** (29) (30) (31) (32) (33) (34) (36) (38) (40) (42)

**No. DE ZAPATO:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA, EN CASO DE FALLECIMIENTO.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**