



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina Práctica Profesional Clínica

Pega tu foto
en blanco y
negro.
Tamaño
ovalo
mignon aquí

NOMBRE COMPLETO Iniciando por apellidos				
MATRÍCULA				
FECHA DE NACIMIENTO				
EDAD		GÉNERO	Femenino	Masculino
NACIONALIDAD				
CORREO ELECTRÓNICO				
DOMICILIO PARTICULAR			COLONIA	
			C.P.	
			ESTADO	
			MUNICIPIO	
TELÉFONO	CASA	() -	MÓVIL	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO		NOMBRE	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				
PERIODO ACADÉMICO A CURSAR				
PRÁCTICA CLÍNICA				

Firma del Interesado:

Fecha: ____ de ____ de ____