



# Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

## Facultad de Medicina Práctica Profesional Clínica

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

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

Firma del Interesado:

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_