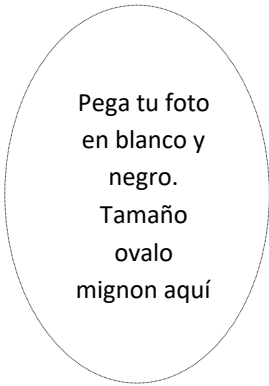




Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina Práctica Profesional Clínica



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 ____