



Cruz Roja Mexicana Delegación Local Puebla FICHA DE INGRESO

Pegar
fotografía
tamaño infantil,
a colores,
de frente, sin
tocado.

Coordinación Nacional de Capacitación.
Presente.

Solicito ser admitido como Alumno en la ENTUM y se expida mi Credencial, para el efecto, proporciono los siguientes datos:

DATOS DEL PLANTEL (Uso Exclusivo del Plantel)

ESTADO	PLANTEL O DELEGACION	N° DE GENERACION	MATRICULA
--------	----------------------	------------------	-----------

DATOS PERSONALES (Favor de escribir con letra molde)

NOMBRE(s)	APELLIDOS (Paterno y Materno)	SEXO: (Marque con una X) F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------	---

FECHA NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa)	ESTADO DE NACIMIENTO	CURP	NACIONALIDAD
-----------------------------------	----------------------	------	--------------

GPO. SANGUINEO Y FACTOR R H	ALERGIAS	ESTADO CIVIL
-----------------------------	----------	--------------

CALLE Y NOS. EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA
----------------------------------	---------

C.P.	POBLACIÓN. (Delegación o Municipio)	TELÉFONO PART: (Con Clave LADA)
------	-------------------------------------	---------------------------------

TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO OFICINA (con clave LADA)	CORREO ELECTRONICO
------------------	-----------------------------------	--------------------

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

NOMBRE (Completo)	PARENTESCO
-------------------	------------

DOMICILIO	TELÉFONO:
-----------	-----------

EXAMEN MEDICO:

PRACTICADO EN:	FOLIO:
----------------	--------

RECIBE SERVICIO MEDICO EN:	NO. DE AFILIACION	TIPO DE SEGURO:
----------------------------	-------------------	-----------------

COMPANÍA:	ENFERMEDADES:
-----------	---------------

CIRUGIAS:	PROBLEMAS FISICOS
-----------	-------------------

¿ESTA USTED BAJO UN TRATAMIENTO MEDICO? ¿CUAL?

¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? (PRIMER CONTACTO)



CRUZ ROJA
MEXICANA

DATOS DE EMPLEO ACTUALES:

NOMBRE DE LA EMPRESA O ESCUELA

DIRECCION

NOMBRE DE LA EMPRESA O ESCUELA

PUESTO

AREA

ANTIGÜEDAD O AÑO QUE CURSA:

HORARIO

TITULO

IDIOMAS: (% HABLADO/ESCRITO)

DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

Por medio de la presente yo:

(Escriba su nombre completo aquí)

Alumno(a) de la escuela Técnico en Urgencias Médicas Plantel Delegación Puebla, deslindo de toda responsabilidad a la Cruz Roja Mexicana y a su personal por cualquier Enfermedad o Accidente, que pueda presentar durante el curso, ya sea en su área teórica o en su práctica.

Declaro de forma explícita y oportunamente que no sufro de problemas de salud o de cualquier índole o impedimento para el desarrollo de las actividades inherentes al curso

Hago constar que todos los datos aquí son verídicos

H. Puebla de Zaragoza a ____ de _____ de 20__

Nombre y Firma

La información aquí contenida es de carácter CONFIDENCIAL, sólo para el uso de la Coordinación.