

COORDINACIÓN LOCAL DE CAPACITACIÓN  
Escuela de Técnico en Urgencias Médicas Nivel Intermedio

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

Llenado por aspirante

Fotografía tamaño infantil a color con el uniforme operativo, orejas y frente descubiertas con fondo blanco

LEE CUIDADOSAMENTE LA SOLICITUD ANTES DE RESPONDERLA.

CURP: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre(s)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y No.                      Colonia Delegación/Municipio

\_\_\_\_\_  
Código Postal                      Teléfono de Casa                      Teléfono Celular                      Teléfono Trabajo

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico                      Facebook

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  (Marque con una X)

¿Cuentas con algún tipo de servicio Médico? ¿Cuál?: \_\_\_\_\_ No. Afiliación: \_\_\_\_\_

Seguro de gastos médicos mayores: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo y RH: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Enfermedades: \_\_\_\_\_ Cirugías: \_\_\_\_\_

Problemas Físicos: \_\_\_\_\_ ¿Está usted bajo algún tratamiento Médico? ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL EMPLEO O ESTUDIOS ACTUALES**

Nombre de la Empresa o Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Área (Carrera): \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Antigüedad o año (semestre) que cursa: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

¿Has estado inscrito en el nivel Intermedio en otra Escuela de la Cruz Roja Mexicana?

No            Sí            Plantel: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS.**

Institución donde cursaste **preparatoria y/o bachillerato:** \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Promedio: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, País

Plantel donde cursaste **TUM Básico:** \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Promedio: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, País

**CONTACTO DE EMERGENCIA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre:                                  Apellido paterno                                  Apellido materno

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Oficina: (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_  
Lada    Lada    Lada

**DESLINDE DE RESPONSABILIDADES**

Por medio de la presente yo,; \_\_\_\_\_, alumno(a) de la Escuela de Técnico en Urgencias Médicas 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 su área 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.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

De manera breve y concisa, explica el por qué quieres entrar a la CRUZ ROJA MEXICANA, y ser Técnico en Urgencias Médicas nivel Intermedio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hago constar que todos los datos aquí son verídicos.**

Puebla, Pue. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**