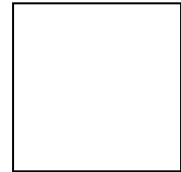




SECRETARIA DE SALUD SINALOA  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE PASANTE

PRE-REGISTRO



FOTO

IMPRIMA Y LLENE EN LIMPIO Y CON LETRA DE MOLDE Y SIN ABREVIATURAS LA INFORMACIÓN AQUÍ REQUERIDA, PARA EVITAR ERRORES EN EL LLENADO DE SU CARTA DE ADSCRIPCIÓN ASI COMO EN SU CARTA DE TERMINACIÓN. SI EXISTE ALGUNA DUDA ACUDA CON EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE LA SECRETARIA DE SALUD SINALOA.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE(S)

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_

SEXO: (M) (F) R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CALLE                      No.                      COLONIA                      C.P.

POBLACIÓN                      ESTADO                      TEL. (01 66) \_\_\_\_\_  
DONDE SE LE LOCALICE

ESCUELA DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

DATOS DEL CAMPO CLINICO SELECCIONADO

INSTITUCION DE SALUD: SSA                      CARRERA:                      FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
D                      M                      A

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA, EN CASO DE FALLECIMIENTO.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA