



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



NUEVO  
**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

**I.S.S.S.T.E.  
DOCUMENTOS PARA INGRESAR A SERVICIO SOCIAL  
E INTERNADO**

2 COPIAS DE ACTA DE NACIMIENTO  
2 COPIAS DEL CURP  
2 COPIAS DEL RFC  
2 COPIAS DE CARTA DE PASANTE  
2 COPIAS DE CREDENCIA DE ELECTOR  
2 COPIAS DEL KARDEX  
2 COPIAS DE COMPROBANTE DE DOMICILIO  
3 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL  
2 CARTAS DE PRESENTACION ORIGINAL QUE ENTREGA LA ESCUELA Y 2 COPIAS  
PARA FIRMAS  
ALTA DEL IMSS  
EXAMENES DE LABORATORIO  
CERTIFICADO DE VACUNACION  
FORMATO ISSSTE ORIGINAL INSCRIPCION  
DICTAMEN PSICOLOGICO

LOS DE BECA  
FORMATOS IMPRESOS DE INTERNET (SON TRES COPIAS) DE REGISTRO ORIGINALES  
LOS QUE TIENEN BECAS QUE TRAIGAN LOS FORMATOS

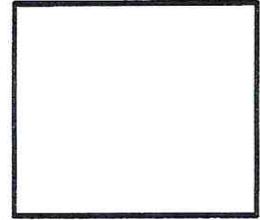




**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**NUEVO  
ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SALUD SOCIAL DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**SUBDELEGACION MÉDICA  
COORDINACION DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION**

**FECHA DE IDENTIFICACION  
INTERNADO DE PREGRADO SERVICIO SOCIAL**

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

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

FACULTAD: \_\_\_\_\_

LICENCIATURA: \_\_\_\_\_

PROMEDIO DE LA CARRERA: \_\_\_\_\_ VIGENCIA: A (INICIAN EN FEBRERO)  
B (INICIA JULIO Y AGOSTO)

**DATOS PERSONALES:**

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

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

DOMICILIO DEL LUGAR DE ORIGEN: \_\_\_\_\_

TEL PARTICULAR: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_ CORREO ELEC: \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES:**

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

OTRO FAMILIAR; \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**CAPACITACION ADICIONAL**

DOMINIO DEL IDIOMA INGLES: ALTO: \_\_\_\_\_ MEDIO: \_\_\_\_\_ BAJO: \_\_\_\_\_ NULO: \_\_\_\_\_

MANEJO DE COMPUTADORA: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Blvd. Rotarismo # 1733, Desarrollo Urbano Tres Ríos, Culiacán Sinaloa.  
C.P. 80020, Teléfono: 7-59-02-05  
www.gcb.mx





**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**NUEVO  
ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SALUD SOCIAL DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

EN CASO DE SI, CUALES PROGRAMAS SABES MANEJAR:

WORD: \_\_\_\_\_ EXCEL: \_\_\_\_\_ POWER POINT: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

**HABITOS ESTADO DE SALUD GENERAL:**

TABAQUISMO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ALCOHOLISMO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL: \_\_\_\_\_

TOMA USTED ALGUN TRATAMIENTO MEDICO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL: \_\_\_\_\_

EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL: \_\_\_\_\_

LE HAN PRACTICADO ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO CUAL O CUALES: \_\_\_\_\_

PRESENTA PROBLEMAS DE ALERGIAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUAL: \_\_\_\_\_

TIENE INMUNIZACIONES COMPLETAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TIENE LA INMUNIZACION DE VACUNA CONTRA COVID-19 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ANEXAR COMPROBANTE DE VACUNACION:

INFORMACION REQUERIDA PARA MEDICAS INTERNAS DE PREGRADO Y/O BRIGADISTAS DE SERVICIO SOCIAL.

ESTA EMBARAZADA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO INFORMATIVO CUANTAS SEMANAS DE EMBARAZO TIENE? \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

