

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **SEMESTRE:** \_\_\_\_\_

**CARRERA:** \_\_\_\_\_ **No. CONTROL:** \_\_\_\_\_

**No. AFILIACION:** \_\_\_\_\_ **CLINICA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_



**SELLO DEL DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES**

**PRESENTARSE EN LA CLINICA CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS.**

**Horario de 08:00 a 14:00 hrs.**

1. Número de Afiliación. (En documento oficial)
2. Identificación Oficial.
3. CURP
4. Comprobante de domicilio (No mayor a 3 meses)
5. 1 Fotografía Tamaño Infantil.