****

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

 **OOAD REGIONAL COLIMA**

 **SEDE: Hospital o UMF**

 **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| MATRÍCULA | Dejar en blanco - borrar para su impresión.  |
| CURP |  |
| NSS |  |
| RFC |  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |  |
| ESTADO CIVIL  |  |
| DOMICILIO ACTUAL |  |
| COLONIA |  |
| CIUDAD |  |
| TELÉFONOS |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| UNIVERSIDAD, AÑO DE TÉRMINO  |  |
| CÉDULA  |  |

TALLAS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CALZADO  | BATA:  | PANTALÓN  |

PERSONA A QUIEN SE LE PUEDA NOTIFICAR EN CASO NECESARIO

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| PARENTESCO |  |
| DOMICILIO |  |
| COLONIA |  |
| CIUDAD |  |
| TELÉFONO |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA**