



FECHA	
TRIMESTRE	

Por medio de la presente le informo que no requiero incorporarme al Seguro Facultativo de estudiante al IMSS, ya que cuento con otro Servicio Médico que a continuación describo:

NOMBRE DEL ALUMNO		MATERIA		MATRICULA	
EDAD		SEXO		TELEFONO	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O COMPAÑÍA QUE LE DA SERVICIO MÉDICO					
¿DE QUIÉN DEPENDE SU SERVICIO MÉDICO? ESPECIFIQUE: (TRABAJO DE ALUMNO, PADRE, MADRE U OTROS)					
NUMERO DE AFILIACIÓN		NUMERO DE TELEFONO DEL LUGAR QUE LE DA EL SERVICIO MÉDICO			
NUMERO DE UMF, CLÍNICA U HOSPITAL DONDE SE ATIENDE					
FECHA DE LA VIGENCIA O DE INICIO, DEL SEGURO MÉDICO					

La información que contiene este documento es verdadera y comprobable en cualquier momento. Por lo cual deslindo de cualquier responsabilidad a la Universidad sobre el Seguro médico

ATENTAMENTE

FIRMA DEL ALUMNO