



FICHA DE INSCRIPCIÓN A
DIPLOMADO EN ENFERMERIA GENERACIÓN 2024/202
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS CONTABLES Y FISCALES
CLAVE: 30PCT0056I

1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

DOMICILIO _____
Calle No. Ext. No. Int. Colonia CP Ciudad

CORREO ELECTRÓNICO _____ Edad: _____ FECHA NAC ____/____/____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO CELULAR _____

2.- ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA: _____

3.- DATOS ACADÉMICOS:

ÚLTIMO NIVEL ACADÉMICO CURSADO: _____

INSTITUCIÓN: _____ ÚLTIMO GRADO: _____

4.- DATOS MÉDICOS:

AFILIACIÓN A: IMSS: _____ ISSSTE: _____ INSABI: _____ OTRO: _____

NÚMERO DE AFILIACIÓN: _____

ENF. CRÓNICAS O ALERGIAS: _____

TRATAMIENTO: _____ TIPO DE SANGRE: _____

5.- CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

TELÉFONO: _____ PARENTESCO _____

CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? _____

¿Por qué es de tu interés cursar este diplomado? _____

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en el presente documento es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, soy responsable de los actos y sanciones que deriven de la omisión o falsedad de esta.

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE COMPLETO

FIRMA