**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PUEBLA**

**SECRETARÍA ACADÉMICA**

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**

**Formato para la actualización de información en el Sistema de Control Escolar del Seguro Facultativo**

1. **INFORMACIÓN ACADÉMICA**

* Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Programa Educativo que cursa (carrera): TSU ó ING \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cuatrimestre actual (macar con una “X”):sep-dic ( X ) ene-abr ( ) may-ago ( )
* Grado y Grupo: \_\_\_\_\_
* Turno (macar con una “X”): Matutino ( ) Vespertino ( )

1. **INFORMACIÓN PERSONAL**

* Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* teléfono de casa o del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Colonia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P \_\_\_\_\_\_\_

Número de Clínica de Unidad Medico Familiar (UMF): \_\_\_\_

* **Llenado obligatorio**