



INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno: \_\_\_\_\_  
Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_  
Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_  
RFC: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

Universidad – Licenciatura en Medicina: \_\_\_\_\_  
No. De Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE ESPECIALIDAD

Hospital donde cursó la Especialidad: \_\_\_\_\_  
Aval Universitario de Especialidad: \_\_\_\_\_  
No. de Cédula de Especialidad: \_\_\_\_\_  
Folio de Certificación: \_\_\_\_\_

FACTURACIÓN

Favor de marcar con una "X" si requiere factura. Si  No

En caso de marcar "Si" favor de llenar lo siguiente:

Nombre ó Denominación: \_\_\_\_\_  
Nombre ó Denominación: \_\_\_\_\_  
RFC: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext.: \_\_\_\_\_ No. Int.: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Para facturación electrónica, es indispensable enviar comprobante de pago dentro de las primeras 72 horas después de haber realizado su pago.



**ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

Marcar con una X y detallar

( ) Práctica Privada \_\_\_\_\_

**PRÁCTICA INSTITUCIONAL PÚBLICA O EN ORGANIZACIONES PRIVADAS**

( ) Médico adscrito o adjunto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) Jefatura \_\_\_\_\_

( ) Interconsultante \_\_\_\_\_

( ) Miembro de Comité(s) Médico(s) \_\_\_\_\_