



## Información Médica

¿Padece usted alguna enfermedad? Anotar el nombre: \_\_\_\_\_

¿Está bajo un tratamiento médico? Explicar detalladamente el tratamiento médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Padece algún tipo de alergia? ¿Qué tipo de alergia? ¿Toma medicamento?

Última consulta médica: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con Seguro Social? Clínica a la que pertenece:

¿Cuenta con Seguro de Gastos Médicos? Nombre de compañía:

No. afiliación: No. de póliza:

¿Necesita asistir al médico regularmente? ¿Con que frecuencia?

## Información Personal

¿Porque quiere estudiar en el Instituto Universitario México-Americano?

Referencias Personales (favor de anotar 2 personas que no sean familiares y que le hayan visto servir en el ministerio)

1. nombre teléfono dirección

2. nombre teléfono dirección

¿En caso de emergencia a quien llamar? \_\_\_\_\_

Nombre

pertenezco

( \_\_\_\_\_ )  casa  trabajo  celular  otra \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  casa  trabajo  celular  otra \_\_\_\_\_

“Certifico que la información proporcionada es fidedigna y que nada ha sido ocultado. Entiendo que el hecho de ocultar o falsificar información puede descalificar mi admisión, y estoy dispuesto a mantener las reglas de la universidad tal y como están expresadas en el reglamento de la institución hasta el término de mis estudios”.

\_\_\_\_\_  
*Firma del alumno*

\_\_\_\_\_  
*fecha*

“Entiendo que la universidad pondrá normas para la seguridad, crecimiento espiritual y feliz convivencia del alumnado prometo apoyar a la administración de la escuela y responsable del área estudiantil en el cumplimiento de las normas establecidas”.

\_\_\_\_\_  
*Firma del alumno*

\_\_\_\_\_  
*fecha*

“Enterado de las cuotas que se tendrán que cubrir cada tetramestre, me comprometo a realizar los pagos, en las fechas establecidas y hasta el término de la carrera.”

\_\_\_\_\_  
*Firma del alumno*

\_\_\_\_\_  
*fecha*