

SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

SECRETARIA TÉCNICA

DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CLAVE:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

ACTA N°:

AÑO:

FOJA:

LIBRO:

CARTILLA DEL S.M.N.:

CLASE:

ESTADO CIVIL:

DOMICILIO:

EXTRANJEROS:

LUGAR:

FECHA:

REFERENCIAS

(DOS PERSONAS QUE LO CONOZCAN)

(DOS PARIENTES)

NOMBRE:

DOMICILIO:

LUGAR:

NOMBRE:

DOMICILIO:

LUGAR:

NOMBRE:

DOMICILIO:

LUGAR:

NOMBRE:

DOMICILIO:

LUGAR:

COLOR

CABELLO

FRENTE

CEJAS

OJOS

NARIZ

BOCA

BLANCO ()

CAST. CLARO ()

PEQUEÑA ()

ABUNDANTES ()

AZULES ()

CÓNCAVA ()

PEQUEÑA ()

NEGRO ()

CAST. OSCURO ()

MEDIANA ()

REGULARES ()

VERDES ()

CONVEXA ()

REGULAR ()

MORENO OSCURO ()

NEGRO ()

GRANDE ()

ESCASAS ()

CAST. CLARO ()

RECTILÍNEA ()

GRANDE ()

MORENO CLARO ()

RUBIO ()

CAST. OSCURO ()

AMARILLO ()

ROJO ()

PARDOS ()

ALBINO ()

VERDOSOS ()

ENTRECANO ()

NEGROS ()

SEÑAS VISIBLES:

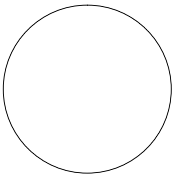
ESTATURA: _____ M

HUELLA DEL PULGAR IZQ.

FIRMA DEL INTERESADO

HUELLA DEL PULGAR DER.

EL RESPONSABLE DE LA TOMA DE FILIACIÓN



EL RESPONSABLE DE LA ADMON. DE RECURSOS HUMANOS DEL RAMO

NOMBRE DE LA ESCUELA	CIUDAD Y ESTADO	FECHA DE EXPEDICIÓN DD/MM/AA
----------------------	-----------------	---------------------------------

PRIMARIA:			
SECUNDARIA O PREVOCACIONAL:			
PREPARATORIA O VOCACIONAL:			
CARRERA TÉCNICA:			
PROFESIONAL:			
MAESTRIA O DOCTORADO:			
ESTUDIOS QUE ESTA EFECTUANDO EN LA ACTUALIDAD:			
ESCUELA:	HORARIO	CURSOS	GRADO