**PROGRAMA NACIONAL DE SERVICIO SOCIAL EN INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**HOJA FRONTAL DE IDENTIFICACIÓN**

**Instrucciones:**

Llenar el formato con la información solicitada

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA** |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA:** |
|  |
| **NOMBRE DEL ALUMNO O ALUMNA:** |
| Nombre (s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Edad:** | **Sexo:** | **Nacionalidad:** | **RFC:** | **CURP:** |
|  | M |  |  |  |
| F |
| **DOMICILIO:** |
|  Calle | Número | Colonia | C.P. | Entidad Federativa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Teléfono(s) de contacto:** | **Teléfono Celular:** | **E-mail:** |
|  |  |  |
| **Lugar donde realiza el internado médico:** | **Promedio Escolar:** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SEDE DE SERVICIO SOCIAL** |
| **Nombre de la Sede donde desarrollará el protocolo:** |
| Departamento o laboratorio | Institución de Salud o Educativa a la que pertenece la Sede: (SS, IMSS, ISSSTE, DIF, UNAM, ETC) |
| **Tipo de Sede:** |
| Establecimiento de atención médica de primer nivel de atención  |  | Servicios Auxiliares y de Diagnóstico |  |
| Establecimiento de atención médica segundo nivel de atención |  | Unidades Administrativas pertenecientes al Sector Salud |  |
| Establecimiento de atención médica tercer nivel de atención |  | Centros de Investigación de instituciones públicas educativas |  |

|  |
| --- |
| **DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN SEDE:** |
| Calle | Número | Colonia | C.P. | Entidad Federativa |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL TUTOR O TUTORA** |
| Nombre (s) | Primer Apellido | Segundo Apellido |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoría de S.N.I: | Periodo de vigencia S.N.I: | Otro: | Teléfono(s) de contacto: | Teléfono Celular: | e-mail: |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PROTOCOLO** |
| Nombre completo del Protocolo: |
| Línea de investigación: | Tiempo de trabajar en ella: |