

# TRÁMITE DE ALTA AL SEGURO FACULTATIVO DEL I.M.S.S.

## (LEE CON CUIDADO ESTE INSTRUCTIVO)

El servicio médico oficial se puede obtener de tres formas:

1. **Por parte de tus padres**, si en su centro de trabajo tienen ese beneficio, siempre y cuando seas menor de 25 años y estés inscrito en una escuela de educación superior. En este caso, solo deberás tramitar una constancia de estudios y presentarla en el IMSS, ISSSTE o en la institución que te brinda serv. médicos cada semestre, para mantener tu vigencia médica.

**PREGÚNTALE A TUS PADRES ANTES DE LLENAR FORMATOS.** Normalmente quienes trabajan para el gobierno federal tienen derecho al ISSSTE. Los que trabajan para el gobierno estatal o empresas particulares, tienen derecho al IMSS. No realices este trámite si estás en esos casos.

2. **Por parte de tu trabajo**, si en tu centro de trabajo disfrutas de ese beneficio.

3. **Por parte de tu escuela**, siempre y cuando no tengas derecho de las formas anteriores al servicio médico del IMSS, ISSSTE.

Normalmente tienen derecho los hijos de quienes trabajan como pescadores, sastres o modistas, albañil, empleadas domésticas, o en general quienes trabajan por su cuenta.

En este caso deberás llenar los formatos que se encuentran abajo de este instructivo y entregar en el Depto. de Servicios Escolares, al inicio del semestre.

**Este trámite se realiza una sola vez** y se te asignará un número de filiación. Con esa filiación debes tramitar tu carnet para que disfrutes del servicio médico del IMSS. Cada semestre deberás entregar en el IMSS una constancia de estudios para mantener tu vigencia.

### • **COMO LLENAR LOS FORMATOS**

- LEE CON CUIDADO ANTES DE ESCRIBIR
- ANOTA LOS DATOS COMPLETOS, SIN ABREVIAR.
- LLENA EL FORMATO AQUÍ MISMO, IMPRIMES Y POR ÚLTIMO FIRMAS EN AMBAS HOJAS

Son dos hojas que debes llenar y entregar:

- La primera tiene dos formatos que prácticamente llevan los mismos datos, debiendo anotar tu nombre y firma.
- En el segundo debes escribir en:
  - **DATOS I.M.S.S.:** En el apartado CLAVE ÚNICA DE REG. DE POB. **Tu CURP**
  - **DATOS DEL ESTUDIANTE:**
    - A) Escribe tus apellidos y nombres completos sin abreviar.
    - B) En el paréntesis anota 1 en el caso de sexo masculino, ó 2 en caso de sexo femenino.
    - C) En el paréntesis anota día, mes y año de nacimiento. Ejemplo: (05) (06) (1980)
    - D) Anota lugar de nacimiento. Ejemplo: Champotón, Campeche
    - E) Anota tu domicilio, el cual debe ser de la ciudad de CAMPECHE: calle y número, colonia(en vez de localidad) y código postal, así como el municipio y entidad federativa
    - F) Escribe el nombre de ambos padres, aunque no vivan contigo o hayan fallecido.
    - G) En el paréntesis anota 1 ó 2, según el caso.
    - H) En el paréntesis anota 1, 2 ó 3, según el caso.
    - I) En el paréntesis anota 3, 6 ó 7, ya que en las otras opciones, debes tener derecho al servicio médico por tus padres.
    - J) En el paréntesis anota el número dos (2).
    - K) En el paréntesis anota el número siete (7) y en la línea escribe la palabra: **particular**.

Por último firma en el renglón que dice **firma del estudiante**.



## COMPROBANTE DE SOLICITUD

INCORPORACIÓN DE ESTUDIANTES AL SEGURO  
FACULTATIVO DEL RÉGIMEN DEL  
SEGURO SOCIAL

FOLIO

### IMPORTANTE

- EN CASO DE REQUERIR SERVICIO MÉDICO, PRESENTE ESTE DOCUMENTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR QUE ASIGNE EL INSTITUTO.
- ESTE COMPROBANTE DEBERÁ SER CANJEADO POR EL AVISO AUTOMÁTICO DE INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO FACULTATIVO EN LOS SERVICIOS ESCOLARES DEL PLANTEL EDUCATIVO.

ESPECIALIDAD Y MATRÍCULA:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

PARA SERVICIOS ESCOLARES

\_\_\_\_\_  
ING. EDUARDO DE LA LUZ VILLAMONTE GÓMEZ  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE



## COMPROBANTE DE SOLICITUD

INCORPORACIÓN DE ESTUDIANTES AL SEGURO  
FACULTATIVO DEL RÉGIMEN DEL  
SEGURO SOCIAL

FOLIO

### IMPORTANTE

- EN CASO DE REQUERIR SERVICIO MÉDICO, PRESENTE ESTE DOCUMENTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR QUE ASIGNE EL INSTITUTO.
- ESTE COMPROBANTE DEBERÁ SER CANJEADO POR EL AVISO AUTOMÁTICO DE INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO FACULTATIVO EN LOS SERVICIOS ESCOLARES DEL PLANTEL EDUCATIVO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

PARA EL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
ING. EDUARDO DE LA LUZ VILLAMONTE GÓMEZ  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES

T.T. 2

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO	
NOMBRE:	<u>INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CAMPECHE</u>
CLAVE:	<u>0402998</u>
NIVEL EDUCATIVO:	<u>SUPERIOR</u>

DATOS I.M.S.S.	
REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL:	<u>A-109901332-4</u>
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	_____
CLAVE ÚNICA DE REG. DE POB.	<u>CURP</u>
NÚMERO DE U.M.F.	_____

DATOS DEL ESTUDIANTE				
A) NOMBRE	_____	_____	_____	_____
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	
B) SEXO	_____	1) MASCULINO	2) FEMENINO	( )
C) FECHA DE NACIMIENTO	_____	( )	( )	( )
		DIA	MES	AÑO
D) LUGAR DE NACIMIENTO	_____			
E) DOMICILIO	_____	_____	_____	_____
	CALLE	NUMERO	LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL
	_____	_____	_____	_____
	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA		
NOMBRE DE LOS PADRES	PADRE	_____		
	MADRE	_____		
G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJAS?	1) SI	2) NO	( )	
H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE?	1) PADRES	2) CONYUGE	3) OTROS	( )
	ESPECIFIQUE			
I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE?				
	1.- SERVIDOR PUBLICO	5.- MARINO O MILITAR		
	2.- EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	6.- AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR	( )	
	3.- PROFESIÓN U OFICIO POR SU CUENTA	7.- OBRERO		
	4.- COMERCIANTE O INDUSTRIAL	8.- OTROS	_____	
	ESPECIFIQUE			
J) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CÓNYUGE EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD?				( )
				1) SI 2) NO
K) ¿QUE INSTITUCIÓN LE DA SERVICIOS MEDICOS?				
	1.- SEGURO SOCIAL	5.- PEMEX		
	2.- I.S.S.S.T.E.	6.- INSTITUCIÓN NACIONAL DE CRÉDITO (BANCOS)	( )	
	3.- SECRETARÍA DE MARINA	7.- OTRA	_____	
	4.- SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	ESPECIFIQUE		
BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS				
				_____ FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO	
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL	
SELLO	_____
_____	<u>ING. EDUARDO DE LA LUZ VILLAMONTE GÓMEZ</u>
FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL	
SELLO	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	

PARA EL I.M.S.S.