



FORMATO PARA SOLICITAR CARTA DE SEGURO MEDICO

NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
UNIDAD ACADÉMICA:	
SEMESTRE:	
MATRICULA:	

FECHA DEL ACCIDENTE:	
HORA DEL ACCIDENTE:	
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN: (¿y si sucedió durante la clase o en selectivo?)	

TOMÓ CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS:

Nombre del Responsable: _____

Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____