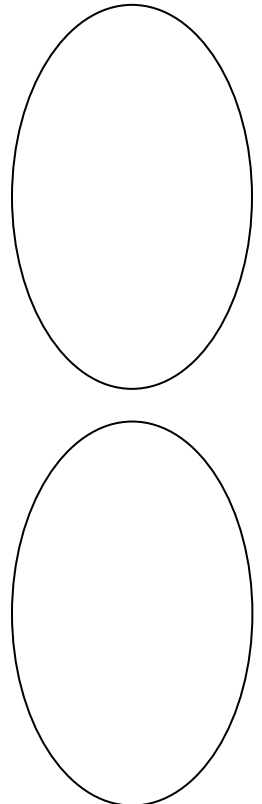




**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA  
SECRETARIA TÉCNICA  
DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**



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:		NOMBRE:	
DOMICILIO:		DOMICILIO:	
LUGAR:		LUGAR:	
NOMBRE:		NOMBRE:	
DOMICILIO:		DOMICILIO:	
LUGAR:		LUGAR:	

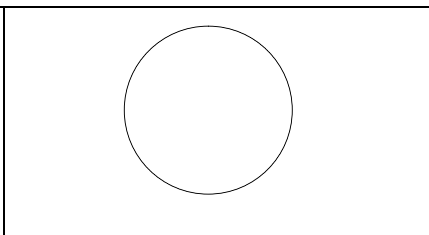
COLOR	CABELLO	FRENTE	CEJAS	OJOS	NARIZ	BOCA
BLANCO ( )	CAST. CLARO ( )	PEQUEÑA ( )	ABUNDANTES ( )	AZULES ( )	CONCAVA ( )	PEQUEÑA ( )
NEGRO ( )	CAST. OSCURO ( )	MEDIANA ( )	REGULARES ( )	VERDES ( )	CONVEXA ( )	REGULAR ( )
MORENO OSCURO ( )	NEGRO ( )	GRANDE ( )	ESCASAS ( )	CAST. CLARO ( )	RECTILÍNEA ( )	GRANDE ( )
MORENO CLARO ( )	RUBIO ( )			CAST. OSCURO ( )		
AMARILLO ( )	ROJO ( )			PARDOS ( )		
	ALBINO ( )			VERDOSOS ( )		
	ENTRECANO ( )			NEGROS ( )		

ESTATURA: \_\_\_\_\_ M

**SEÑAS VISIBLES:**

	<b>HUELLA DEL PULGAR IZQ.</b>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <b>FIRMA DEL INTERESADO</b>	<b>HUELLA DEL PULGAR DER.</b>
--	-------------------------------	---	-------------------------------

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
----------	---------	--------	-------