



SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD



DATOS PERSONALES

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO (CALLE, NUM. EXT. NUM. INT) \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO (CASA) \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 POBLACION \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ TEL (CEL) \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_ NO. AFILIACION \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ S C V UL D

FECHA DE INGRESO AL GOBIERNO DEL ESTADO

VIGENCIA \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_  
 CLAVE PRESUPUESTAL \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

ALTA DE PERSONAL  
 AFILIACION DE BENEFICIARIOS, ANEXAR LAS COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DEL REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO Y NACIMIENTO  
 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL A COLOR Y EN CASO DE HIJOS MAYORES DE EDAD DE LOS 18 A LOS 25 AÑOS CONSTANCIA DE ESTUDIO VIGENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	PARENTESCO	1 MASC. 2 FEM.	FECHA DE NACIMIENTO
		ESPOSA	1	2	DIA MES AÑO
		HIJO	1	2	DIA MES AÑO
		HIJO	1	2	DIA MES AÑO
		HIJO	1	2	DIA MES AÑO

OBSERVACIONES

EMPLEADO

ICHISAL

NOMBRE Y FIRMA

SELLO Y FIRMA AUTORIZADA  
AFILIACION Y VIGENCIA