

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES**  
**SOLICITUD DE REGISTRO PARA PROFESIONALES, TÉCNICOS Y AUXILIARES DE LA SALUD**

- REGISTRO (PRIMERA VEZ)   
 MODIFICACIÓN (CAMBIO DE ESTATUS ACADÉMICO)   
 MODIFICACIÓN (CAMBIO DE DOMICILIO)   
 REPOSICIÓN (REIMPRESIÓN POR EXTRAVÍO)   
 REFRENDO (OBLIGATORIO CADA 3 AÑOS CON ACTUALIZACIÓN EN CURSOS)   
 BAJA DEL PROFESIONAL

**REGISTRO EN EL ESTADO DE AGUASCALIENTES**

1. DATOS DEL PROFESIONAL, TÉCNICO O AUXILIAR

NOMBRE: EMPEZANDO CON APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)			
CURP			RFC
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
		CÓDIGO POSTAL	
COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
TELÉFONO(S) PARTICULAR	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

ESPECIFIQUE ESCOLARIDAD (COMO SE INDICA EN LA CÉDULA):  
 ESPECIFICAR

NIVEL TÉCNICO:		INSTITUCIÓN:		CÉDULA PROFESIONAL:	
LICENCIATURA:		INSTITUCIÓN:		CÉDULA PROFESIONAL:	
MAESTRÍA:		INSTITUCIÓN:		CÉDULA PROFESIONAL:	
ESPECIALIDAD:		INSTITUCIÓN:		CÉDULA PROFESIONAL:	
ESPECIALIDAD:		INSTITUCIÓN:		CÉDULA PROFESIONAL:	
DOCTORADO:		INSTITUCIÓN:		CÉDULA PROFESIONAL:	

1. ALTA DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

EN CASO DE TENER MAS DE 2 TRABAJOS SOLICITAR CUANTAS HOJAS SEAN NECESARIOS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
		CÓDIGO POSTAL	
COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
		TELÉFONO(S)	

2. ALTA DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

EN CASO DE TENER MAS DE 2 TRABAJOS SOLICITAR CUANTAS HOJAS SEAN NECESARIOS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
		CÓDIGO POSTAL	
COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
		TELÉFONO(S)	

3. MODIFICACIÓN DE DOMICILIO POR MUNICIPIO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
		CÓDIGO POSTAL	
COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
		TELÉFONO(S)	

4. BAJA DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
		CÓDIGO POSTAL	
COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
		TELÉFONO(S)	

5. CONSTANCIAS DE ACTUALIZACIÓN (3 MÁS RECIENTES, UNA POR AÑO)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Declaro bajo protesta decir verdad, que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones aplicables por los delitos en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

LUGAR Y FECHA
FIRMA

ACUSE
-------

Nota: Se le informa al solicitante del trámite que ésta solicitud es temporal y solamente ampara un periodo de 30 días naturales, tiempo en el cual se le otorgará el Registro para Profesionales, Técnicos y Auxiliares de la Salud. Pasado dicho plazo sin que se presente a recibir el registro correspondiente, se procederá a destruirlo, lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en lo señalado en el Artículo 281 de Ley de Salud del Estado de Aguascalientes.