

Bienvenidos

Generación 2025-2028



Servicio Médico

- ✓ **Consulta de primer contacto**
- ✓ **Primeros Auxilios dentro del plantel**

HORARIO

MATUTINO 7:00 A 14: 00 hrs.

VESPERTINO 14:00 A 20:00 hrs

DE LUNES A VIERNES.



PROGRAMA PREVENIMSS

2026/1

**IMPORTANTE
DEBES TRAER:
cédula
SISMI
Impresa**



- **10 Y 11 de septiembre 2025**
- **Toma de peso y estatura, pláticas:**
- **Nutrición**
- **Higiene bucal**
- **Salud Sexual**

SISTEMA INSTITUCIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRAL

- REGISTRO DEL ALUMNO EN SISMI

www.sismi.dse.ipn.mx



The image shows a screenshot of the SISMI (Sistema Institucional de Servicios Médicos Integral) login page. The page features the SISMI logo at the top, which includes the text 'SISMI' and 'Sistema Institucional de Servicios Médicos Integral'. Below the logo, there are two input fields: 'Usuario' (Username) and 'Contraseña' (Password). At the bottom of the login form, there are two buttons: a green button labeled 'Ingresar' (Login) and an orange button labeled 'Cédula Prevenimss' (Prevention Card). A blue circle is drawn around these two buttons. The background of the page is a collage of medical-related images, including a hand holding a magnifying glass over a heart, a stethoscope, and various geometric shapes.

- EL ALUMNO CAPTURA, GUARDA SU INFORMACIÓN Y DEBERÁ IMPRIMIRLA

Estimado Alumno Politécnico.

Como complemento a tu proceso de inscripción es necesario que realices el llenado de este formulario con información verídica, ya que será utilizada para realizar trámites como: Afiliación al Seguro de Salud para Estudiantes (IMSS) y Seguro de Vida y Accidentes Personales.

Recuerda que es obligatorio que nos proporciones tu número de Seguridad Social y Clínica, de lo contrario no será posible afiliarte, por lo que NO tendrás derecho a los servicios de salud del IMSS, por tanto, tampoco podrás asistir a prácticas escolares y/o actividades deportivas y en caso de requerir atención de urgencia deberás cubrir los gastos correspondientes.

Este documento deberás imprimirlo y entregarlo en el Servicio Médico de tu escuela, previo al día que se realice la actividad Prevenimss.

Cédula

CURP

JICA891102MDFMSD08

[Consultar en RENAPO](#)

1er. Apellido

JIMENEZ

Fecha nacimiento

02/11/1989

Boleta

20153526562

2do. Apellido

CASTAÑEDA

Edad

27.08

Meses.

C.P. domicilio actual

87956

Teléfono

58965235

Número de seguridad social

23456789123

Unidad académica de nuevo ingreso

CECyT No. 1 GVV

Nombre completo **Sin abreviaturas**

ADRIANA

E-mail

peque@yahoo.com

[Obtener NSS y recuerda que tu unidad médica familiar \(CLÍNICA\) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS](#)

Clínica

26

Si por alguna razón no pudieras realizar el trámite vía electrónica, deberás acudir a la Delegación o Subdelegación IMSS para la asignación del NSS, consulta el directorio de instalaciones administrativas del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/directorio/>

- IMPRESIÓN DE LA CÉDULA

sismi.dse.ipn.mx/portal/f?p=1000:1201:4639574696887:SHOW_REPORT:NO::P1201_PREVID:31&cs=16HFuxrYD6PT7rIWVZXCcY0YvmXs

		INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE SERVICIOS EDUCATIVOS DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES DEPARTAMENTO ATENCIÓN A LA SALUD		 	
Cédula de chequeo de PrevenIMSS-IPN					
ALUMNO: <u>ADRIANA JIMENEZ CASTAÑEDA</u>		FECHA NACIMIENTO: <u>02/11/1989</u>		F. CHEQUEO: <u>05/07/2017</u>	
PLANTEL: <u>CECyT No. 1 GVV</u>		CURP: <u>JICA891102MDFMSD08</u>		BOLETA: <u>20153526562</u>	
		NSS: <u>23456789123</u>		CLINICA: <u>20</u>	
I. Módulo de Promoción a la Salud					
Cartilla Nacional de salud	Tiene cartilla	Si (X)	No ()	No lo trae ()	Se le otorgo ()
Tema "Alimentación correcta"	Sesión o plática	Si (X)	No ()	Con audiovisual	Si (X) No ()
Tema "Actividad física"	Sesión o plática	Si (X)	No ()	Con audiovisual	Si (X) No ()
Tema "Salud bucal"	Sesión o plática	Si (X)	No ()	Con audiovisual	Si (X) No ()
Tema "Salud sexual y	Sesión o plática	Si (X)	No ()	Con audiovisual	Si (X) No ()
Tema "Prevención y adicciones"	Sesión o plática	Si (X)	No ()	Con audiovisual	Si (X) No ()
II. Módulo de Evaluación Nutricional					
Peso:	<u>68.5</u>	Talla:	<u>1.7</u>	Cintura:	<u>90</u>
				IMC:	<u>23.7</u>
Valoración nutricional: Bajo peso () Normal (X) Sobrepeso () Obesidad () Ac. Fólico: Si () No (X)					
III. Módulo de Esquema de Vacunación					
Toxoide TD 1*: <u>Se aplico</u>		Año: <u>01-JUL-17</u>		Dosis: <u>SD</u>	
IV. Módulo de Prevención y Control de Enfermedades					
Cepillo Dental: Si (X) No ()		Tableta Reveladora: Si (X) No ()		Uso del Hilo Dental: Si (X) No ()	

Importancia de la Afiliación IMSS

- ✓ **Alumnos inscritos**
- ✓ **Obligatorio:** Visitas Escolares, actividades deportivas, culturales y extracurriculares
- ✓ **Es de vital importancia contar con el Carnet para atención de urgencia (cirugías, fracturas, traumatismos y hospitalizaciones).**



(INSTRUCTIVO DATOS EN AZÚL)

✓ P. SEGURO DE ACCIDENTES

gob.mx

Informe Mensual del Seguro Social

Comunicación de Datos

Constantes de Vigencia de Datos

Variable del evento	Variable del formato	Valores posibles de la variable
WOL (0-100)	Formato LSP	10 1 11 1 1011 101

Datos Comunes

Variable	Variable del formato	Valores posibles de la variable
Sexo	Formato LSP	1 2
Edad	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Forma de nacimiento	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Lugar de nacimiento	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Datos de Asignamiento

Variable	Variable del formato	Valores posibles de la variable
Con derecho a servicio médico	Formato LSP	1 2
Región	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Organismo	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
UAE	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Turno	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Formulario	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Asignación de área	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Datos de última parte

Variable	Variable del formato	Valores posibles de la variable
Región	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Forma de nacimiento	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
Beneficio	Formato LSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84

Aseguradora Patrimonial



CARTA RENUNCIA (EN CASO DE SOLICITARLA Y VIGENCIA DE DERECHOS DE LA INSTITUCIÓN)

 EDUCACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA	 Instituto Politécnico Nacional "La Técnica al Servicio de la Patria"	Secretaría de Servicios Educativos Dirección de Apoyos a Estudiantes
2023. Año de Francisco Villa 30 Aniversario de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (CDEJ) 60 Aniversario del CECyT "Cuauhtémoc" y del CENAC 90 Aniversario de la Escuela Superior de Ingeniería Textil 40 Aniversario del CIDEH, Unidad Cuaca		
Asunto Carta de Renuncia para la afiliación al seguro facultativo del IMSS.		
Ciudad de México, a 22 de agosto de 2023		
M. en C. José Diego Rubén Aquila Chávez. DIRECTOR DEL CECyT N.5 ERR Presente		
En atención al "Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del seguro social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1998, así como el ACDO.1A1.HCT.251016/248.P.DIR y su anexo único relativo a las Reglas a que se sujetará la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior, al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015.		
En referencia a la incorporación del seguro de mérito, la cual asume como requisito que las personas que cursen estudios de los tipos medio superior, superior o posgrado en instituciones educativas y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social contarán con la prestación del seguro facultativo que otorga el IMSS.		
Atendiendo la normatividad antes mencionada, Yo C. _____ me permito renunciar a la prestación del seguro facultativo que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por conducto del Instituto Politécnico Nacional (IPN), toda vez que, actualmente mi seguro médico se encuentra cubierto por _____, correspondiéndome el Número de Seguridad Social (NSS) _____, por parte de mi _____.		
Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.		
Atentamente _____		
Nombre completo y firma del(a) estudiante, padre o tutor: Número de Boleta: Programa académico: Semestre: CURP: Unidad Académica:		
Unidad Profesional Adolfo López Mateos, Edificio de la COPII 2º Piso Av. Miguel Alemán Mendizábal s/n Colonia Benito Juárez, Sección 6, C.P. 06736, Alcaldía Cuauhtémoc Ciudad de México, CDMX Tel: (56) 67298000, ext. 61641. www.ipn.mx/dae 2023 Francisco VILLA		

	ISSSTE INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGUROS PARA LA VEJEZ Seguros y Pensiones para la Vejez	DIRECCION NOHMATIVA DE INVERSIONES Y RECAUDACION SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DEBITOS SISTEMA NACIONAL DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DEBITOS
EXPEDIENTE ELECTRONICO UNICO		
Fecha de Emision: 02/02/2022 03:58:58 p.m.		
DATOS PERSONALES		
 <i>SIN FIRMA</i>		
CURP: A8GAY91938HARRN01		RFC: A8GAY91938J025
Apellido Paterno: ARRIAGA		Sexo: HOMBRE
Nombre: ANGEL		Estado Civil: SOLtero (S)
Estado: ACDCTO		Fecha de Nacimiento: 30/09/1995
NSS: 08229595328		
DOMICILIO		
Calle: POR ACTUALIZAR Numero Exterior: 0 Numero Interior: 0 Colonia: POR ACTUALIZAR Del. o Mpio.: POR ACTUALIZAR Estado: ENTIDAD DESCONOCIDA Codigo Postal: 00000		
CLINICA		
Clave: 0009999 Nombre: FAVOR DE ATENDER A ESTE TRABAJADOR Domicilio: Colonia: Telefono: Delegacion ISSSTE: DELEGACION EN LA ZONA NORTE DE LA CIUDAD Tipo: CMF - CMF		

 Instituto Mexicano del Seguro Social		
Constancia de Vigencia de Derechos		
Nombre(s):	Identificación:	Fecha de Vigencia de Derechos:
RODRIGO ALB	IN-4054-11	10 / 11 / 2010
Datos Personales		
NSS	1014181441	
Clave	MAYAGUAY 1401000000	
Nombre(s), primer apellido segundo apellido	ABEY GARCIA RABATZIN ALB	
Sexo	Hombre	
Fecha de nacimiento	20/10/1980	
Lugar de nacimiento	DEPTO DE YUC	
Datos de Afiliación		
Con derecho a servicios médicos	SI	
Clave	130041014	
Origen(es)	YUC DE MEXICO	
Unidad	UNIDAD DE ATENCION	
Tarifa	VIGENTE	
Consultas	CONSULTAS 0000	
Agrupación	GRUPO 00	
Fecha de última pago		



GRACIAS...