

BIENVENIDOS GENERACIÓN 2027-2030



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

2027/1

**IMPORTANTE
DEBES TRAER:
cédula
SISAI
Impresa**



**OBTÉN TU NSS EN LA
PÁGINA IMSS DIGITAL**
*En caso de algún error
acudir a la subdelegación
más cercana.*



**REGÍSTRATE EN EL SISMI
(SISTEMA INSTITUCIONAL DE
SERVICIO MÉDICO INTEGRAL)**
www.sismi.dse.ipn.mx

**TRAMITA TU CARNET ACUDIENDO A TU
UMF O CLÍNICA MÁS CERCANA**

Para así, concluir el trámite de alta
al IMSS con los siguientes requisitos:

- Número de Seguridad Social
- Comprobante de domicilio
(recibo de agua, predial, teléfono fijo)
- Credencial del IPN con fotografía
- 2 fotografías tamaño infantil

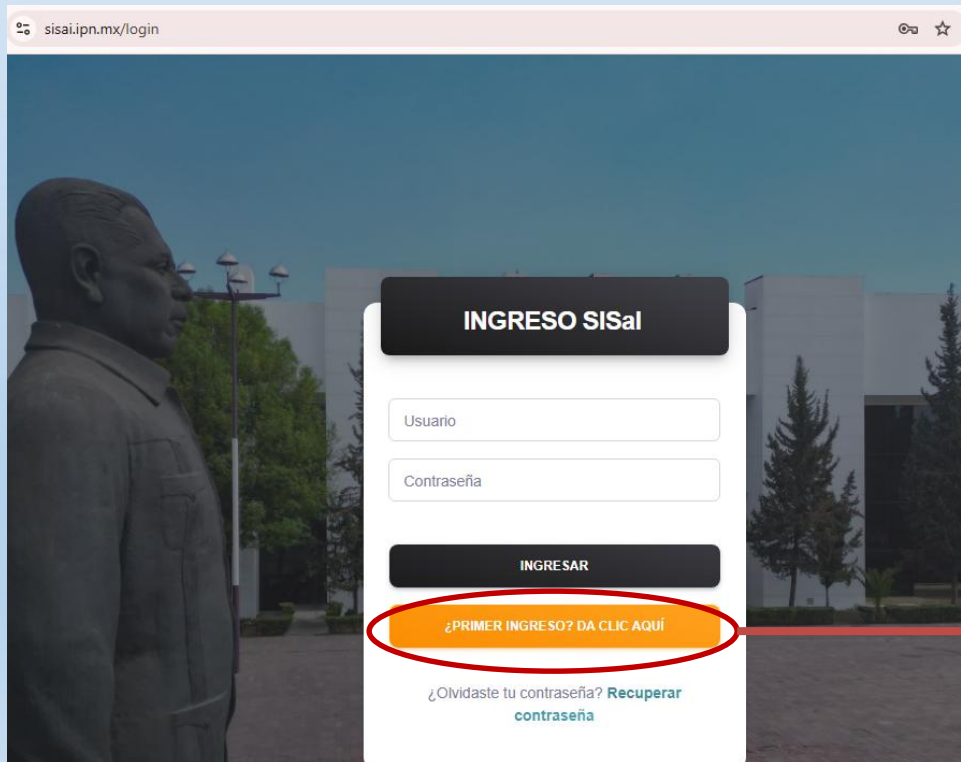
- **10 Y 11 DE SEPTIEMBRE
2026**
- **TOMA DE PESO Y
ESTATURA, PLÁTICAS:**
- **NUTRICIÓN**
- **HIGIENE BUCAL**
- **SALUD SEXUAL**

SISTEMA INSTITUCIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRAL

INSCRIPCION A NUEVO PROGRAMA SISAI

INGRESA A LA PAGINA:

<https://www.sisai.ipn.mx/login>



The screenshot shows the login page for the SISAI system. The page has a dark background with a statue on the left. A white login form is centered, titled "INGRESO SISAI". It contains fields for "Usuario" and "Contraseña", an "INGRESAR" button, and a link "¿PRIMER INGRESO? DA CLIC AQUÍ" which is circled in red. Below the link is a text "¿Olvidaste tu contraseña? Recuperar contraseña".

O ESGANEA EL CODIGO:



1. Ingresa a "¿primer ingreso?"

INGRESA BENEFICIARIOS Y UMF

CURP

Contraseña

***Nota:** Tu contraseña es tu primer
apellido en MAYÚSCULAS.

INGRESAR

Iniciar sesion **Iniciar sesión**

2. INGRESAR CURP
CONTRASEÑA = PRIMER APELLIDO EN
MAYUSCULAS

3. VERIFICA QUE DATOS SEAN CORRECTOS

4. INGRESA NUMERO DE SEGURO

3) Selección de Unidad de Medicina Familiar

Elige la Unidad de Medicina Familiar donde se realizará tu atención.

 UMF

-- Seleccione una Unidad de Medicina Familiar (UMF) --


RENUNCIA

-- Seleccione una Unidad de Medicina Familiar (UMF) --

UMF 1 Col. Roma (Col. Roma)

HPS MF 10 Postal (Postal)

HGR 200 Tecamac (Tecamac)

UMF 2 Sta. María (Sta. Marka)

UMF 20 Vallejo (Vallejo)

UMF 3 La Joya (La Joya)

Alta

[Consulta tu NSS](#)

5. INGRESA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MAS CERCANA A TU DOMICILIO

6. AGREGAR BENEFICIARIO:
PADRES O TUTOR (MAYOR DE EDAD)

Ingresar un CURP válido para precargar datos y completar el resto.

Alta

5) Re

C

1

7. GUARDAR TODO

- 8. IMPRIMIR 3 HOJAS
 - SEGURO PATRIMONIAL
 - SEGURO CONTRA ACCIDENTES
 - CEDULA PREVEIMSS

- SEGURO PATRIMONIAL
- SEGURO CONTRA ACCIDENTES
- CEDULA PREVEIMSS

- IMPRESIÓN DE LA CÉDULA ENTREGAR 10 Y 11 DE SEPTIEMBRE

		INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE SERVICIOS EDUCATIVOS DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES DEPARTAMENTO ATENCIÓN A LA SALUD		 	
Cédula de chequeo de PrevenIMSS-IPN					
ALUMNO: ADRIANA JIMENEZ CASTAÑEDA		FECHA NACIMIENTO: 02/11/1989		F. CHEQUEO: 05/07/2017	
PLANTEL: CECyT No. 1 GVV		CURP: JICA891102MDFMSD08		BOLETA: 20153526562	
		NSS: 23456789123		CLINICA: 20	
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:	68.5	Talla:	1.7	Cintura:	90
				IMC:	23.7
Valoración nutricional: Bajo peso () Normal (X) Sobrepeso () Obesidad () Ac. Fólico: Si () No (X)					
III. Módulo de Esquema de Vacunación					
Toxoide TD 1*: Se aplico		Año: 01-JUL-17		Dosis: SD	
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 TINTA AZÚL)

✓ P. SEGURO DE ACCIDENTES



Instituto Mexicano de Seguro Social

Control de Vigencia de Datos

Identificación del sujeto	Residencia del beneficiario	Fecha de actualización de los datos del DGP
WGU-123456	México, D.F.	10 / 1 / 2015

Datos Generales



Nombre

Apellido

Sexo

Fecha de nacimiento

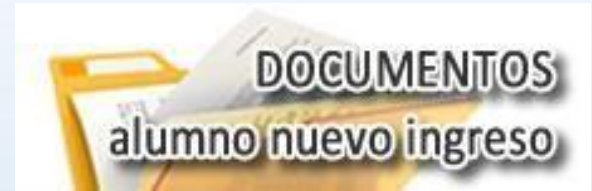
Lugar de nacimiento

Datos de Asignamiento

Con domicilio en su propia vivienda	Si
Región	
Subregión	
Distrito	
Municipio	
Comunidad	
Asignación de vivienda	

Datos del último período

Región	Subregión	Comunidad
Región Nacional		
Beneficiarios		
Total de personas beneficiarias		



HISTORIA CLÍNICA

<http://www.cecyl3.ipn.mx>



GRUPO: _____

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 3
"ESTANISLAO RAMÍREZ RUIZ"
Historia Clínica

FOTO

Ficha de Identificación
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 CURP: _____ e-mail: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____
 Responsable (Padre o Tutor): _____ Número Telefónico Local(casa): _____
 Celular: _____ otro: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ m

2. Antecedentes Heredo Familiares
 ¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos) padece alguna enfermedad de importancia? (que requiere tratamiento constante o es incapacitante) Especifique cual: _____

3. Antecedentes Personales Patológicos
 (Detallar los antecedentes de importancia clínica, así como el tratamiento que recibe para cada situación y su duración).
 Cardiovasculares _____ Respiratorios _____ Digestivos _____ Metabólicos _____
 Renales _____ Psicológicos y/o psiquiátricos: _____ Otros: _____
 Especifique cual y que tratamiento utiliza _____ Transfusiones () _____
 Alergias _____ Inmunizaciones (vacunas): Completas () Incompletas () Cual _____

(Especifique tipo de lesión y tratamiento y fecha de incidente; p.ej: "Fractura tibia", Tto: "Aparato de Yeso", "marzo de 2011".)
Traumatismos: _____
Cirugías: _____

4. Antecedentes Personales
 (Marque con una cruz (X), según sea el caso para cada rubro. Consumo o uso de:
Alcohol SI () NO () Fecha de Inicio: _____ Consumo: Diario () Semanal () Mensual ()
Tabaco SI () NO () Fecha de Inicio: _____ Consumo: Diario () Semanal () Mensual () No. de Cigarrillos ()
Sustancias Adictivas SI () NO () Fecha de Inicio: _____ Consumo: Diario () Semanal () Mensual ()
 Especifique modo de uso: _____
 Inicio de vida sexual (edad) _____ Número de Parejas _____ ¿Has padecido alguna enfermedad de transmisión sexual? SI () NO ()
 ¿Cuál? _____ Tratamiento y Fecha de éste: _____
 Método(s) anticonceptivo(s) usado(s): _____ Menarca (1ª menstruación, edad) _____
EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DISCAPACIDAD:
 Física () Especifique: _____
 Intelectual () Especifique: _____
 Discapacidad auditiva (hipoacusia, sordera, uso de aparato auditivo, etc): _____
 Discapacidad visual: (baja visión diagnosticada; astigmatismo, miopía, hipermetropía, ceguera en algún ojo, etc.) Especifique cual y su tratamiento: _____
 Agudeza visual (SOLO SI NO USA LENTES O NO TIENE DISCAPACIDAD VISUAL). Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____

En caso de que el alumno tenga algún problema de salud dentro del plantel, llámese traumatismo, herida punzocortante, enfermedad general o incapacitante, se le solicita su consentimiento para realizar procedimientos médicos (medicamentos vía oral, curaciones y/o inmovilización de extremidades).
NOTA: De ser necesario un traslado de urgencia y una autoridad del plantel acompañe al menor esta queda eximida de toda responsabilidad, ya que solo será de acompañamiento hasta que llegue el familiar, padre o tutor.
 *El hecho de tener o desarrollar alguna enfermedad o padecimiento no exime al alumno del apego al reglamento.

SI AUTORIZÓ () NO AUTORIZÓ ()
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

Con base en el artículo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, me permito indicar a usted que los datos personales recabados de alumnos de Nivel Medio Superior serán incorporados en el Sistema de datos personales denominado "Expedientes a Alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 3 "Estanislao Ramírez Ruiz", con fundamento jurídico en los artículos 20, 21 de la LFTDPP; Décimo sexto, Décimo séptimo, Vigésimo séptimo, Vigésimo octavo, Vigésimo noveno, Trigésimo segundo, Trigésimo tercero, de los Lineamientos de Protección de los Datos Personales. La finalidad de recabar dichos datos personales es para dar cumplimiento a las disposiciones en materia educativa que existen en el país, así como para dar cumplimiento a la Normatividad del Instituto Politécnico Nacional que regula el registro y desarrollo de los estudios de los alumnos de Nivel Medio Superior. El sistema "Expedientes a Alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 3 "Estanislao Ramírez Ruiz", queda registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifa.org.mx) y podrán ser transmitidos a instancias correspondientes dentro del IPN y a las autoridades competentes en materia educativa, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 3 "Estanislao Ramírez Ruiz", y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es en Av. Carlos Hank González s/n, Col. Valle de Escalante, Ecatepec de Morelos, Estado de México, C.P. 55119. Lo anterior se informa en cumplimiento del Décimo séptimo de los Lineamientos de Protección de datos Personales, publicados en Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre del 2005.

EDUCACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA	Instituto Politécnico Nacional "La Maestria al Servicio de la Patria"	Secretaría de Servicios Educativos Dirección de Apoyos a Ectudiantes
2023, Año de Francisco Villa 30 Aniversario de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (DVEI) 60 Aniversario del CECYT "Guadalupe" y del CENAC 90 Aniversario de la Escuela Superior de Ingeniería Textil 40 Aniversario del CIEP, Unidad Cuasca		
Asunto Carta de Renuncia para la afiliación al seguro facultativo del IMSS.		
Ciudad de México, a 22 de agosto de 2023		
M. en E. José Diego Rubén Aguila 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 1958, así como el ACDO.1A1.HCT.281016/248.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 envíe 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 COPRI 2º Piso Av. Miguel Alemán Mendizábal s/n, Colonia Santa Fe, Delegación Miguel Alemán, C.P. 07730, México (Distrito Federal) 055 57299000 ext. 61641 www.ipn.mx/dscc 2023 Francisco VILLA		



INstituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Inscripción de Derechos

Nombre de la persona	Fecha de nacimiento	Fecha de inscripción de derechos al IMSS
PRIMA PLAZA	19/05/1971	22 / 11 / 2010

Datos Generales

ISS	ACTUALIZADO
CLAF	SEGURO DE VIDA
Identificación personal y seguridad personal	MSY-GSCALUP-00479474642
Tipo	Seguro
Fecha de nacimiento	22/11/1970
Lugar de nacimiento	ESTADO DE GUERRERO
Nombre de la institución de salud	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Con derecho a inscripción	SI
Clave de identificación	134567890
Organismo	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Clave	1001 (SEGURO VIDA)
Tipo	SEGURO VIDA
Constante	000001700017
Agrupación	1000001

Fecha del último pago



GRACIAS...