



FORMA DE DATOS GENERALES

Escuela o Facultad:			
Apellido Paterno:			
Apellido Materno:			
Nombre (s):		No. Ficha:	
Sexo: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	Edad:	Estado Civil:	Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA) / /
Tipo de Sangre:	Alergias:		Enfermedades Crónicas:
Número de seguridad social:	Correo Electrónico:		Redes Sociales:
¿Contabas con alguna beca? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipo de beca <input type="checkbox"/> Beca Salario <input type="checkbox"/> Oportunidades <input type="checkbox"/> Probems <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	¿Quién la otorga? <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? <input type="checkbox"/> UAEM <input type="checkbox"/> Institución o empresa privada	
Deportes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles?		
Idiomas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles?		
Lugar de nacimiento			
País:		Estado:	
Municipio:		Nacionalidad:	
Dirección Familiar			
Calle y número:		Colonia:	
C.P.	Localidad:	Municipio:	Teléfono:
Estado:		País:	
En caso de emergencia llamar a:		Teléfono:	
Dirección como estudiante (en caso de ser la misma pasar a la pregunta siguiente)			
Calle y número:		Colonia:	
C.P.	Localidad:	Municipio/Estado:	Tel. Casa: Tel. Cel:
Datos escolares			
Carrera:	Semestre:	Grupo:	Turno:
Matrícula:	Curp:	Generación:	
Preparatoria de procedencia:			
Ubicación de Preparatoria (Estado):			
¿Esta carrera fue tu primera opción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Porqué?	
Opinión del nivel académico de la UAEM: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bajo			
¿Utilizas las bibliotecas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles?	
Como estudiante vives con: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Esposo (a) e Hijos <input type="checkbox"/> Otro (s) Familiare (s) <input type="checkbox"/> Otra (s) persona (s) <input type="checkbox"/> Solo (a)			
La casa donde vives es: <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otro			
Datos Laborales			
¿Trabajas?	Calle y número		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Colonia		
	Teléfono		
Turno: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Vespertino	¿Cuál es tu sueldo mensual? <input type="checkbox"/> Menos de \$3,000 <input type="checkbox"/> \$3,001-\$7,000 <input type="checkbox"/> \$7,001-\$11,000 <input type="checkbox"/> \$11,001-\$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001 o más	¿Cuál es tu contribución al gasto familiar? <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> No contribuye <input type="checkbox"/> Las mas importante <input type="checkbox"/> Mínima	¿Quién te mantiene? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/> Hermano (a) <input type="checkbox"/> Otro (s) familiar (es)
Ingresos mensuales de tu familia: <input type="checkbox"/> Menos de \$3,000 <input type="checkbox"/> \$3,001-\$7,000 <input type="checkbox"/> \$7,001-\$11,000 <input type="checkbox"/> \$11,001-\$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001 o más			