



**Colegio de Oftalmología**  
De Nuevo León, A. C.  
**SOLICITUD DE INGRESO**

CONDOMINIO MOLL DEL VALLE P-11 D-116  
COL. DEL VALLE, GARZA GARCIA, N.L.  
C.P. 66220 TEL/FAX (81) 8335.0601  
e-mail: info@oftalmonl.org

FECHA: \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
AÑO / MES / DIA

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE NUMERO COLONIA

CIUDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ NOMBRE ESPOSA(O): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO ESPOSA(O): \_\_\_\_\_

**CONSULTORIO:** \_\_\_\_\_  
CALLE NUMERO COLONIA

CIUDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELEFONOS: \_\_\_\_\_ RADIO / CLAVE: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS PROFESIONALES: LICENCIATURA:** \_\_\_\_\_ **OTROS:** \_\_\_\_\_

DEL: \_\_\_\_\_ AL: \_\_\_\_\_

INTITUCION: \_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCION: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS:** \_\_\_\_\_ **RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_ **TUTELAR:** \_\_\_\_\_

DEL: \_\_\_\_\_ AL: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

**REFERENCIA I**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SOCIO DESDE: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE CONOCERLO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**REFERENCIA II**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SOCIO DESDE: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE CONOCERLO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**