



En la semana del 14-29 de agosto de 2025 deberás acudir al consultorio médico a entregar tu **"Historial Clínico"** en físico con algunos campos llenados previamente.



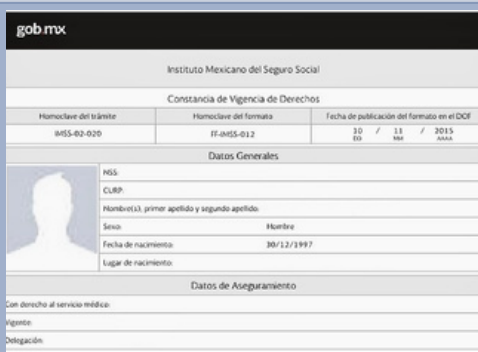
Constancia de Vigencia de Derechos IMSS

Recuerda acudir a realizar tu trámite respetando el día asignado de acuerdo a tu carrera. Consulta el calendario.

Ingresa al portal del IMSS mediante el siguiente link:
<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>

1 Inicia el trámite de "solicitud de constancia de vigencia de derechos" proporcionando:

- CURP
- NSS (Número de Seguridad Social)
- Correo electrónico vigente



Una vez ingresados los datos descarga tu constancia e imprime **únicamente la primer hoja** que contiene toda la información de tu afiliación al IMSS.



Rellena con información lo más verídica posible los campos requeridos en estos 3 apartados.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: (abuelos, padres y hermanos)	Indicar si algún familiar directo padece: diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, hipertensión arterial, cardiopatías, nefropatías, neurológicas, psiquiátricas, enfermedades infectocontagiosas, neoplásicas
Rama materna:	
Rama paterna:	
Otros:	
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:	Hábitos alimenticios: Cantidad y frecuencia en el consumo de alimentos por semana: leche /7, carne /7, huevo /7, verduras /7, frutas /7, cereales /7, leguminosas /7, Refresco /7, Agua simple /7.
Hábitos higiénicos:	Indicar la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades: bañarse, cambio de ropa, lavado de manos, aseo dental
Convivencia con animales:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? Vacunados: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Actividad física:	horas por semana
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:	Menarca: años, Ciclo: R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ritmo: x IVSA, NPS
FUM / / , G: P: C: A: E: , MPF, tiempo de uso: Papanicolaou: fecha: / /	


NOTA: En el caso del apartado de **antecedentes gineco-obstétricos** responde de acuerdo a lo que solicita basándote en lo siguiente:

- **Menarca:** Edad de inicio de la menstruación.
- **Ciclo:** Regular (28-35 días) o Irregular.
- **Ritmo:** Cada cuánto y cuántos días dura tu periodo menstrual (ej: 28 x 5 días).
- **NPS:** Número de parejas sexuales.
- **FUM:** Fecha de última menstruación (corresponde al día de inicio de tu ciclo menstrual).
- **G:** #Embarazos **P:** #Partos **C:** #Cesáreas **A:** #Abortos
- **MPF:** Método de planificación familiar (ej.-condón, implante, DIU, etc).
- **Papanicolaou:** Si o No.

2 Descarga e imprime el archivo de "Historial Clínico" compartido a tu correo electrónico.

Llena a mano con letra de molde en tinta negra o azul el primer apartado de **datos personales** solicitados sin omitir ningún espacio.

NOTA: En el tipo de sangre se debe colocar la letra (ej: A, B, AB, O) seguido del Rh con signo (+ ó -).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD PREVENCIÓN Y APOYO A LA SALUD	
HISTORIAL CLÍNICO	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN:	FECHA: / / 20 No CUENTA: <input type="checkbox"/>
NOMBRE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
CURP:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
OCCUPACIÓN: ESTUDIANTE / LICENCIATURA:	SEMESTRE:
ESTADO CIVIL:	RELIJIÓN:
DOMICILIO ACTUAL:	TIPO DE SANGRE: Rh
PERSONA RESPONSABLE Y PARENTESCO:	TELÉFONO DE EMERGENCIA:

3 Rellena los campos requeridos del apartado **datos de aseguramiento** a partir de la información arrojada en la constancia de vigencia de derechos del IMSS como el siguiente ejemplo:

- No. de seguridad social (NSS): 61190432908
- Agregado médico: 1M2004ES
- Registro patronal: Y5036577327
- Nombre o razón social: UNAM Licenciatura
- Unidad médica: UMF 085 Tarimbaro
- Horario: Matutino
- Consultorio: 2

DATOS DE ASEGURAMIENTO (Consúltalos en tu Constancia de Vigencia de Derechos):	
No. DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DIGITOS):	AGREGADO MÉDICO:
REGISTRO PATRONAL:	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
UNIDAD MÉDICA:	HORARIO:
	CONSULTORIO:

4 Rellenar en el apartado de **consentimiento informado**:

- Fecha en que se acudirá a la entrega del historial clínico.
- Nombre completo empezando por apellidos.
- Firma del alumno.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Morelia Michoacán a ___ del mes de ___ del 20__	
Yo _____ he tenido una reunión con el Médico Luis Francisco Ambritz Vázquez o Personal del Área de Prevención y Apoyo a la Salud ENES Morelia. Quienes con mi autorización recabaron datos necesarios para completar mi historial clínico.	
FIRMA DEL ALUMNO	DR. LUIS FRANCISCO AMBRITZ VAZQUEZ DGP: 8345480

Condicionamiento de seguro

En caso que tu constancia de vigencia de derechos del IMSS **NO** se encuentre con derecho a servicio médico es necesario que acudas al consultorio con dicha constancia impresa.

