

**CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS NO. 5**  
**PROCESO DE INSCRIPCIÓN**  
**NUEVO INGRESO 2020**

Estimado aspirante de nuevo ingreso **Bienvenido al CBTIS No. 5**, por este medio le damos a conocer el proceso de inscripción a seguir, solicitándole lo realice en tiempo y forma (FAVOR DE LEER EL DOCUMENTO COMPLETO):

<b>CARRERA</b>	<b>TURNO</b>	<b>FECHAS DE INSCRIPCIÓN</b>
CONTABILIDAD	MATUTINO	5 DE AGOSTO DE 2020
CONTABILIDAD	VESPERTINO	6 DE AGOSTO DE 2020
ELECTROMECAÁNICA	MATUTINO	7 DE AGOSTO DE 2020
ELECTROMECAÁNICA	VESPERTINO	10 DE AGOSTO DE 2020
ENFERMERÍA GENERAL	MATUTINO	11 DE AGOSTO DE 2020
ENFERMERÍA GENERAL	VESPERTINO	12 DE AGOSTO DE 2020
LABORATORISTA QUÍMICO	MATUTINO	13 DE AGOSTO DE 2020
LABORATORISTA QUÍMICO	VESPERTINO	14 DE AGOSTO DE 2020
PROGRAMACIÓN	MATUTINO	17 DE AGOSTO DE 2020
PROGRAMACIÓN	VESPERTINO	18 DE AGOSTO DE 2020
SECRETARIADO EJECUTIVO BILINGÜE	MATUTINO	19 DE AGOSTO DE 2020

- 1 Realice la creación de un correo electrónico en **gmail** con su **número de ficha y nombre** para identificarlo, ejemplo:  
[0230alfredo@gmail.com](mailto:0230alfredo@gmail.com)
2. Escanee y envíe la siguiente documentación al correo correspondiente (según se le indica en la siguiente tabla)
  - a) El **Certificado de secundaria** envíelo escaneado por ambos lados en formato PDF (es requisito indispensable para realizar su trámite)
  - b) **Acta de nacimiento** por ambos lados en formato PDF
  - c) **Carta de buena conducta** en formato PDF
  - d) Descargue su **CURP** y envíelo en formato PDF
  - e) Una **fotografía digital** de frente con fondo blanco y liso, en blanco y negro o a color reciente en formato PDF.
  - f) **Comprobante del domicilio actual** (recibo de agua o teléfono) y en la parte inferior anote con letra legible el número telefónico y celular y/o fijo del aspirante, en formato PDF
  - g) **Credencial del INE del padre, madre o tutor** (escribiendo en la parte inferior el número de celular, el número telefónico de casa y el correo electrónico del padre, madre o tutor) en una sola hoja ambas caras en formato PDF. La persona que nombren en este apartado

como padre o tutor será la persona que quedara registrada en la institución para realizar trámites y recibir información del alumno.

<b>Carrera</b>	<b>Turno</b>	<b>Grupo</b>	<b>Secretaria de control escolar</b>	<b><u>Correo electrónico de la Secretaria de control escolar</u></b>
CONTABILIDAD	MATUTINO	1AM	SERNA HERNÁNDEZ ARACELI	inscripciones.cbtis5chely@gmail.com
ELECTROMECAÁNICA	MATUTINO	1BM	DÍAZ HIDALGO ALMA DELIA	inscripciones.cbtis5alma@gmail.com
ENFERMERÍA GENERAL	MATUTINO	1CM	FLORES VILLEGAS LUCERO WENDOLYN	inscripciones.cbtis5wendy@gmail.com
LABORATORISTA QUÍMICO	MATUTINO	1DM	DÍAZ HIDALGO ALMA DELIA	inscripciones.cbtis5alma@gmail.com
PROGRAMACIÓN	MATUTINO	1EM	RAMÍREZ MAYA ARMIDA	inscripciones.cbtis5armida@gmail.com
SECRETARIADO EJECUTIVO BILINGÜE	MATUTINO	1FM	SERNA HERNÁNDEZ ARACELI	inscripciones.cbtis5chely@gmail.com
CONTABILIDAD	VESPERTINO	1AV	SERNA HERNÁNDEZ ARACELI	inscripciones.cbtis5chely@gmail.com
ELECTROMECAÁNICA	VESPERTINO	1BV	DÍAZ HIDALGO ALMA DELIA	inscripciones.cbtis5alma@gmail.com
ENFERMERÍA GENERAL	VESPERTINO	1CV	FLORES VILLEGAS LUCERO WENDOLYN	inscripciones.cbtis5wendy@gmail.com
LABORATORISTA QUÍMICO	VESPERTINO	1DV	RAMÍREZ MAYA ARMIDA	inscripciones.cbtis5armida@gmail.com
PROGRAMACIÓN	VESPERTINO	1EV	RAMÍREZ MAYA ARMIDA	inscripciones.cbtis5armida@gmail.com

3. El total de la aportación voluntaria es de **\$1410.00**, favor de depositar a la cuenta:

BANCO: BANCOMER

A NOMBRE DE: **CEAP CBTIS 5 HIDALGO AC**

CUENTA: **0114712595**

CLABE INTERBANCARIA POR SI REQUIERE REALIZAR LA TRASFERENCIA POR BANCA MOVIL: **012313001147125959**

Una vez realizado el pago, favor de pegar el Boucher en una hoja tamaño carta y anotar en la parte inferior, los siguientes datos: CURP, Nombre completo comenzando por apellido paterno, domicilio, grupo y teléfono.

4. Escanee la hoja generada en el punto anterior en formato pdf y envíelo al correo: **ceapcbtishidalgo@gmail.com** con copia al correo de la Secretaría de control escolar correspondiente que se encuentra en la última columna de la tabla de la página 2.

5. Imprimir el formato emitido por el área de servicio médico que aparece en las últimas 2 páginas del presente documento, requisitarlo y enviarlo al correo: **cbtis5.serviciomedico@gmail.com**

6. Favor de consultar la fecha, hora y datos de ingreso de la reunión virtual a la que deberá asistir su padre, madre o tutor legal en la página 4 del presente documento.

---

**ATENCIÓN: Si usted es hijo de algún trabajador de la SEP, la aportación voluntaria es de \$910.00**

Para poder realizar la condonación de los \$ 500.00 deberá de contar con la siguiente documentación, la cual deberá escanear en un solo documento PDF y enviarla al correo **ceapcbtishidalgo@gmail.com**

- a) Acta de nacimiento del alumno
- b) Acta de nacimiento del padre o madre de familia
- c) Talón de pago del trabajador SEP quincena 14 (papá o mamá)
- d) Constancia de servicios del trabajador emitido por su autoridad educativa
- e) Credencial del INE
- f) Credencial del SNTE o credencial de la SEP
- g) Solicitud de su delegación sindical
- h) formato de exención de pago emitido por el titular de la sección XV.

#### **NOTAS:**

\*\*\*Cuando nuestras autoridades nos indiquen regresar al plantel, se le estará informando de manera oportuna la fecha para asistir a entregar su documentación de manera física, **por el momento deberá de enviar la documentación de forma electrónica de acuerdo a lo expuesto.**

\*\*\*En caso de que usted tenga alguna inquietud, le recomendamos enviarnos un correo electrónico a **cbtis5@hotmail.com**

\*\*\*Favor de estar al pendiente de los comunicados de nuestra página web <http://www.cbtis5.edu.mx/sitio/>, así como del Facebook institucional CBTIS 5. También se le recomienda consultar periódicamente la bandeja de entrada de su correo creado en Gmail.

\*\*\*\*\***FAVOR DE CONSULTAR NUEVAMENTE LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL EL DÍA 7 DE AGOSTO PARA RECIBIR LAS INDICACIONES RELACIONADAS CON EL CURSO PROPEDÉUTICO QUE CURSARÁ DE MANERA VIRTUAL.**\*\*\*\*\*

**ESTIMADO PADRE DE FAMILIA, FAVOR DE ASISTIR A LAS REUNIONES VIRTUALES DE ACUERDO A LA SIGUIENTE PROGRAMACIÓN PREFERENTEMENTE ACOMPAÑADO DE SU HIJO(A):**

<b>CARRERA</b>	<b>FECHAS DE REUNIÓN VIRTUAL</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LIGA DE INGRESO EN LA PLATAFORMA ZOOM:</b>
CONTABILIDAD	6 DE AGOSTO DE 2020	08:00-09:00	<a href="https://us02web.zoom.us/j/88250398974?pwd=Ykk1RVoxdUZYN3lxMU42NUJFYjhSUT09">https://us02web.zoom.us/j/88250398974?pwd=Ykk1RVoxdUZYN3lxMU42NUJFYjhSUT09</a> ID: 882 5039 8974 Password: 794610
ELECTROMECAÁNICA	7 DE AGOSTO DE 2020	08:00-09:00	<a href="https://us02web.zoom.us/j/89807793068?pwd=bUtPTjdVNIora0RGYnc1NTFFcEdtdz09">https://us02web.zoom.us/j/89807793068?pwd=bUtPTjdVNIora0RGYnc1NTFFcEdtdz09</a> ID: 898 0779 3068 Password: 016004
ENFERMERÍA GENERAL	6 DE AGOSTO DE 2020	09:00-10:00	<a href="https://us02web.zoom.us/j/86587145075?pwd=RG4wQnhFMctiRmZkcFJYYzFURUdTd09">https://us02web.zoom.us/j/86587145075?pwd=RG4wQnhFMctiRmZkcFJYYzFURUdTd09</a> ID: 865 8714 5075 Password: 549749
LABORATORISTA QUÍMICO	7 DE AGOSTO DE 2020	09:00-10:00	<a href="https://us02web.zoom.us/j/87114952168?pwd=aDlidUJ4anRhVmJHMct0M25IMC8yZz09">https://us02web.zoom.us/j/87114952168?pwd=aDlidUJ4anRhVmJHMct0M25IMC8yZz09</a> ID: 871 1495 2168 Password: 718214
PROGRAMACIÓN	6 DE AGOSTO DE 2020	10:00-11:00	<a href="https://us02web.zoom.us/j/86295856877?pwd=MUdGQ2xWNkpheVovMnd6OERFejhVZz09">https://us02web.zoom.us/j/86295856877?pwd=MUdGQ2xWNkpheVovMnd6OERFejhVZz09</a> ID: 862 9585 6877 Password: 827371
SECRETARIADO EJECUTIVO BILINGÜE	7 DE AGOSTO DE 2020	10:00-11:00	<a href="https://us02web.zoom.us/j/84859606666?pwd=anVMbXUrYUpFQ0VschFsc1o1WWEwUT09">https://us02web.zoom.us/j/84859606666?pwd=anVMbXUrYUpFQ0VschFsc1o1WWEwUT09</a> ID: 848 5960 6666 Password: 347453

**Por su atención al presente comunicado, GRACIAS.**

**CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO Industrial y de servicios No. 5  
ZACUALTIPÁN, HGO.  
SERVICIO MEDICO ESCOLAR**

**HOJA CLINICA DEL ALUMNO**

LOS DATOS QUE HA CONTINUACION PROPORCIONES **SERAN MANEJADOS DE MANERA CONFIDENCIAL** Y FORMARÁN PARTE DE TU EXPEDIENTE CLINICO, POR LO TANTO TE PEDIMOS SEAS CUIDADOSO Y PROPORCIONES RESPUESTAS VERIDICAS.

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

GENERACION: 2019 -2022

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )  
 LUGAR DE ORIGEN: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ SEM: \_\_\_\_\_ GPO: \_\_\_\_\_  
 QUE INSTITUCION TE BRINDA SERVICIO MÉDICO: ISSSTE ( ) IMSS ( ) PEMEX ( ) MINERA ( ) HOSPITAL MILITAR ( )  
 NINGUNA ( ) QUIEN LO PROPORCIONA: \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE ALGUN PROBLEMA DE SALUD, PERSONAL, ACADEMICO Y/U OTRO AVISAR A: \_\_\_\_\_  
 CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INDICA LAS VACUNAS QUE TE HAN SIDO APLICADAS**

TUBERCULOSIS	SI _____ NO _____	DIFTERIA	SI _____ NO _____
POLIOMELITIS	SI _____ NO _____	TOSFERINA	SI _____ NO _____
TETANOS	SI _____ NO _____	HEPATITIS	SI _____ NO _____
INFLUENZA	SI _____ NO _____	OTRAS ESPECIFIQUE _____	

**ENFERMEDADES PATOLÓGICAS DEL ESTUDIANTE QUE HA PADECIDO:**

ASMA	SI _____ NO _____	ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	SI _____ NO _____
ENFERMEDADES DEL CORAZON	SI _____ NO _____	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES	SI _____ NO _____
PRESION ARTERIAL ALTA	SI _____ NO _____	CONVULSIONES	SI _____ NO _____
DIABETES	SI _____ NO _____	INFARTO DEL CORAZON	SI _____ NO _____
CÁLCULOS EN LOS RIÑONES	SI _____ NO _____	FIEBRE TIFOIDEA	SI _____ NO _____
ARTRITIS	SI _____ NO _____	ENFERMEDADES DE LA TIROIDES	SI _____ NO _____
AMIBIASIS	SI _____ NO _____	BRONQUITIS	SI _____ NO _____
CÁLCULOS DE VISICULA BILIAR	SI _____ NO _____	TUMORES	SI _____ NO _____
FALTA DE DESCENSO TESTICULAR	SI _____ NO _____	CARIES	SI _____ NO _____
TUBERCULOSIS	SI _____ NO _____	FRACTURAS	SI _____ NO _____
ENFERMEDADES DEL PANCREAS	SI _____ NO _____	HEMORROIDES	SI _____ NO _____
TOS CRÓNICA	SI _____ NO _____	ANEMIA	SI _____ NO _____
VARICES	SI _____ NO _____	NERVIOS	SI _____ NO _____
HEPATITIS	SI _____ NO _____	DOLOR DE CABEZA	SI _____ NO _____
OBESIDAD (SOBRE PESO)	SI _____ NO _____	PARÁLISIS DE LA CARA	SI _____ NO _____
MAREOS	SI _____ NO _____	VE BIEN	SI _____ NO _____
HIPOACUCIA (DIFICULTAD PARA OIR)	SI _____ NO _____	DUERME BIEN	SI _____ NO _____
ENFERMEDADES DEL INTESTINO	SI _____ NO _____	DIARREA FRECUENTE	SI _____ NO _____
PARALISIS DEL CUERPO	SI _____ NO _____		_____
LO HAN OPERADO ALGUNA VEZ	SI _____ NO _____	DE QUE: _____	
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:	SI _____ NO _____	DE QUE TIPO: _____	
USA LENTES:	SI _____ NO _____	TIPO DE PROBLEMA: _____	
TIENES ALGUNA ALERGIA:	SI _____ NO _____	A QUE: _____	
CON QUE MANO ESCRIBES	DERECHA ( )	IZQUIERDA ( )	AMBAS ( )
TIPO DE SANGRE:	_____		
QUE ENFERMEDAD PADECES ACTUALMENTE:	_____		
ESTAS EN TRATAMIENTO:	_____		

## **ASEO PERSONAL**

BAÑO DIARIO SI  NO  CAMBIO DE ROPA DIARIO SI  NO   
SE LAVA LAS MANOS ANTES DE COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO SI  NO

## **ANTECEDENTES PERSONALES NO DE ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE:**

### **INDIQUE Y ESPECIFIQUE SU ALIMENTACION:**

DESAYUNO: \_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_

CENA: \_\_\_\_\_

LLEVAS ALGUNA DIETA SI  NO  INDICADA POR ALGUN MEDICO SI (  ) NO (  )

EN QUE CONSISTE: \_\_\_\_\_

## **VIVIENDA**

Nº DE CUARTOS \_\_\_\_\_ Nº DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_ AGUA POTABLE SI  NO

VIVES CON TUS PAPAS SI  NO  SI ANOTASTE QUE NO, INDIQUE EL MOTIVO Y CON QUIENES VIVES \_\_\_\_\_

## **DATOS DE LOS PADRES**

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

VIVEN JUNTOS \_\_\_\_\_ SEPARADOS \_\_\_\_\_ DIVORCIADOS \_\_\_\_\_ OTRA PAREJA \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ MPIO: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS RELEVANTES: \_\_\_\_\_

## **ENFERMEDADES QUE HAN PADECIDO LOS PADRES DEL ESTUDIANTE:**

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ASMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESION ARTERIAL ALTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁLCULOS EN LOS RIÑONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	COMVULSIONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE PROSTATA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AMIBIASIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÁLCULOS EDE VISICULA BILIAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INFARTO DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE TIFOIDEA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TOS CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LA TIROIDES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VARICES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BRONQUITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEPATITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUMORES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBESIDAD (SOBRE PESO)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GOTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CARIES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FRACTURAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PARÁLISIS DEL CUERPO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEMORROIDES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESCUCHA BIEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ANEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIARREA FRECUENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NERVIOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PARALISIS DE LA CARA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DUERME BIEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DEL INTESTINO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

QUE OPERACIÓN LE HAN REALIZADO: \_\_\_\_\_

VE BIEN SI (  ) NO (  ) QUE PROBLEMA TIENE \_\_\_\_\_ TIENE ALGUN TRATAMIENTO. \_\_\_\_\_

TOMA VINO (QUE TAN FRECUENTE) \_\_\_\_\_

FUMA (CUANTOS CIGARRILLOS CONSUME AL DIA) \_\_\_\_\_

**(Entregar en el area de Servicio Medico con la: Lic en Enf. Marlene Hernandez Rodriguez.)**

