



## **SOLICITUD DE INGRESO A DIPLOMADOS 2026-2027**

### **1.- DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ R.F.C. con homoclave: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

*Domicilio Permanente*

Calle: \_\_\_\_\_

Col. \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ N° celular: \_\_\_\_\_

E-mail(s): \_\_\_\_\_

Diplomado a realizar: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio y término: \_\_\_\_\_

### **2.- DATOS DE LA LICENCIATURA**

Escuela de Procedencia: \_\_\_\_\_

Promedio de Estudios: (indicar escala) \_\_\_\_\_

Duración: (años) \_\_\_\_\_ Ciudad y País: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: (Número) \_\_\_\_\_

Fecha del Examen Nacional de Residencias Médicas: (ENARM) \_\_\_\_\_

Lugar obtenido: \_\_\_\_\_



### 3.- DATOS DE LA ESPECIALIDAD PREVIA

Especialidad realizada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Institución de Salud de procedencia: \_\_\_\_\_

Universidad que avala la especialidad: \_\_\_\_\_

Ciudad y País: \_\_\_\_\_

Promedio de Estudios: (indicar escala de 0 – 10) \_\_\_\_\_

### 4.- IDIOMAS Indicar porcentaje de dominio

IDIOMA (S)	HABLA	TRADUCE	ESCRIBE

### 5.- DATOS ADICIONALES

Talla de Bata (MARCAR con **X** la talla):

MUJER ( )

HOMBRE ( )

24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Firma \_\_\_\_\_

