

Especialidad de entrada Indirecta

Nombre :	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Dirección :	Calle y número		
	Colonia	Alcaldía	
	Código Postal	Ciudad	
	Estado		
Teléfono Celular : (anote marcación completa)			
Correo electrónico :			
RFC : (con homoclave)	Médicos mexicanos		
CURP :	Médicos mexicanos		
Nacionalidad :	Mexicana, Argentina, etc.		

No requiere integrar al CV, los comprobantes siguientes, ya que los entregará independientemente, de acuerdo con lo descrito en REQUISITOS. SÍ describa la información:

Licenciatura			
Período	año - año	Título	Médico Cirujano, Médico Cirujano y Partero, etc.
Universidad			
Promedio de la carrera	En escala de 10		
Cédula profesional :	Anote el número de la cédula profesional		

Internado de Pregrado			
Período	año - año	Hospital	Hospital Gea González
Institución	SSA, Secretaría de Salud Estatal, IMSS, ISSSTE, etc.		
Si fue en investigación, anote el título del trabajo			

Servicio Social			
Período	año - año	Hospital o Comunidad	Hospital Gea González
Institución	SSA, Secretaría de Salud Estatal, IMSS, ISSSTE, etc.		
Si fue en investigación, anote el título del trabajo			

Los comprobantes deberán integrarse, en copia tamaño carta e impresos por ambos lados, aunque sean documentos diferentes; utilizar exclusivamente papel bond:

Especialidad, Maestría, Doctorado			
Especialidad		Período	
Institución de Salud			
Universidad			
Documento probatorio		Años cursados	
Si realizó tesis, anote el título del trabajo y adjunte la carátula de la tesis			
Maestría			
Maestría		Período	
Universidad			
Documento probatorio		Estatus	
Anote el título del trabajo y adjunte la carátula de la tesis			

Especialidad, Maestría, Doctorado			
Doctorado		Período	
Universidad			
Documento probatorio		Estatus	
Anote el título del trabajo y adjunte la carátula de la tesis			

Los siguientes comprobantes deberán integrarse en el orden descrito y serán, exclusivamente, de los ÚLTIMOS DOS AÑOS. Utilice papel bond e imprima en ambas caras del papel, aunque sean documentos diferentes:

Diplomados			
Diplomado		Período	
Institución de Salud o Educativa			
Modalidad		Horas Curriculares	
Diplomado		Período	
Institución de Salud o Educativa			
Modalidad		Horas Curriculares	
Diplomado		Período	
Institución de Salud o Educativa			
Modalidad		Horas Curriculares	

Cursos de Capacitación o Actualización con horas o créditos curriculares

Curso <i>Mas reciente</i>			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas o Créditos Curriculares	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas o Créditos Curriculares	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas o Créditos Curriculares	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas o Créditos Curriculares	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas o Créditos Curriculares	

Cursos de Capacitación o Actualización con horas de duración

(No repita los descritos en el rubro anterior)

Curso <i>Mas reciente</i>			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		Horas	

Asistencia a Congresos

(No incluya simposios, talleres, conferencias, jornadas médicas)

Congreso <i>Mas reciente</i>			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			

Asistencia a Congresos

(No incluya simposios, talleres, conferencias, jornadas médicas)

Congreso			
Fecha		País	
Participación			
Congreso			
Fecha		País	
Participación			

Participación en Actividades de Investigación

(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)

Actividad <i>Mas reciente</i>			
Período		Participación	
Actividad			
Período		Participación	
Actividad			
Período		Participación	
Actividad			
Período		Participación	
Actividad			
Período		Participación	

Publicación de Trabajos de Investigación
(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)

Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.	Título del Artículo, Capítulo de libro, etc.		
Fecha de Publicación		Participación	
ISSN o ISBN			
Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.	Título del Artículo, Capítulo de libro, etc.		
Fecha de Publicación		Participación	
ISSN o ISBN			
Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.	Título del Artículo, Capítulo de libro, etc.		
Fecha de Publicación		Participación	
ISSN o ISBN			
Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.	Título del Artículo, Capítulo de libro, etc.		
Fecha de Publicación		Participación	
ISSN o ISBN			

Presentación de trabajos libres

(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)

Título de la ponencia			
Fecha de presentación		Participación	
Idioma de la presentación		País	

Presentación de trabajos libres

(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)

Título de la ponencia			
Fecha de presentación		Participación	
Idioma de la presentación		País	
Título de la ponencia			
Fecha de presentación		Participación	
Idioma de la presentación		País	
Título de la ponencia			
Fecha de presentación		Participación	
Idioma de la presentación		País	

Distinciones y Reconocimientos

Tipo de reconocimiento		Fecha	
Institución que lo otorga			
Tipo de reconocimiento		Fecha	
Institución que lo otorga			
Tipo de reconocimiento		Fecha	
Institución que lo otorga			

Idiomas

(Describalo, solo si cuenta con el comprobante correspondiente. Deberá adjuntar una copia del documento de la institución que avale su dominio del idioma)

Inglés		Institución que avala	
TOEFL	Puntaje :	Cambridge	Nivel :
Francés		Institución que avala	
DELF	Nivel :	DALF	Nivel :
Otro Idioma	Institución que avala		
	Nivel:		Puntaje :

Imprima este documento, por ambos lados, en papel bond tamaño carta