Currículum Vitae

Curso de Posgrado de Alta Especialidad Médica

Fotografía

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:

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			

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		

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

Especialidad, Maestría,Doctorado, Posdoctorado			
Especialidad		**Período**	
Institución de Salud			
Universidad			
Documento probatorio		**Años cursados**	
Si realizó tesis, anote el título			
Certificación de Consejo o Colegio		**Vigencia**	
Especialidad		**Período**	
Institución de Salud			
Universidad			
Documento probatorio		**Años cursados**	
Si realizó tesis, anote el título			
Certificación de Consejo o Colegio		**Vigencia**	

Especialidad, Maestría,Doctorado, Posdoctorado			
Maestría		Período	
Universidad			
Documento probatorio		Estatus	
Anote el título de la Tesis			
Doctorado		Período	
Universidad			
Documento probatorio		Estatus	
Anote el título de la Tesis			
Posdoctorado		Período	
Universidad			
Documento probatorio		Estatus	
Anote el título 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	

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 *Mas reciente*			
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 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 *Mas reciente*			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		**Horas**	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		**Horas**	
Curso			
Institución de Salud o Educativa			

Cursos de Capacitación o Actualización con horas de duración (No repita los descritos en el rubro anterior)			
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 *Mas reciente*			
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			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			

Participación en Actividades Docentes (En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)			
Curso *Mas reciente*			
Año		**Participación**	
Nivel Académico impartido			
Curso			
Año		**Participación**	
Nivel Académico impartido			
Curso			
Año		**Participación**	
Nivel Académico impartido			
Curso			
Año		**Participación**	
Nivel Académico impartido			

Participación en Actividades de Investigación (En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)			
Actividad *Mas reciente*			
Período		**Participación**	
Actividad			
Período		**Participación**	
Actividad			
Período			

Participación en Actividades de Investigación (En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)			
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			

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			

Presentación de trabajos libres (En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)			
Título de la ponencia	Título de la presentación		
Fecha de presentación		**Participación**	
Idioma de la presentación		**País**	
Título de la ponencia	Título de la presentación		
Fecha de presentación		**Participación**	
Idioma de la presentación		**País**	
Título de la ponencia	Título de la presentación		
Fecha de presentación		**Participación**	
Idioma de la presentación		**País**	
Título de la ponencia	Título de la presentación		
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			

Participación en Organizaciones Académicas (En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)			
Comité Científico o Académico			
Miembro desde		**hasta**	
Comité Científico o Académico			
Miembro desde		**hasta**	
Comité Científico o Académico			
Miembro desde		**hasta**	
Comité Científico o Académico			
Miembro desde		**hasta**	

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