Currículum Vitae

Ortodoncia

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:

Servicio Social			
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			

Licenciatura			
Período	año - año	**Título**	Médico Cirujano, Médico Cirujano y Partero, etc.
Universidad			
Promedio de la carrera Mínimo 8	En escala de 10		
Cédula profesional :	Anote el número de la cédula profesional		

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:

Maestría,Doctorado, Diplomado			
Maestría		**Período**	
Universidad			
Documento probatorio		**Estatus**	
Anote el título de la Tesis			
Doctorado		**Período**	
Universidad			
Documento probatorio		**Estatus**	
Anote el título de la Tesis			
Diplomado		**Período**	
Institución de Salud o Educativa			
Modalidad		**Horas Curriculares**	
Anote el título de la Tesis			

Cursos de Capacitación o Actualización <u>con horas o créditos curriculares</u>			
Curso *Mas reciente*			
Institución de Salud o Educativa			
Fecha		**Horas o Créditos <u>Curriculares</u>**	

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**	
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**	

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

Asistencia a Congresos (No incluya simposios, talleres, conferencias, jornadas)			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			
Congreso			
Fecha		**País**	
Participación			

Participación en Actividades de Investigación (En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos)			
Actividad *Mas reciente*			
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.			
Fecha de Publicación		**Participación**	
ISSN o ISBN			
Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.			
Fecha de Publicación		**Participación**	
ISSN o ISBN			
Anote si es 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**	
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