Hospital General Dr. Manuel Gea González
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
Jefatura de Enseñanza de Posgrado

Requisitos para Aspirantes al Curso de Ortodoncia 2021-2022

	Documento	Original	Copia	Aspirantes mexicanos	Aspirantes extranjeros
1	**Título de Cirujano Dentista** o **Licenciado en Odontología**, según corresponda Impreso de ambos lados, en una sola hoja tamaño carta (21.6 x 27.9 cm)		Copia	*	Apostillado
2	**Cédula Profesional de la licenciatura**		Copia	*	
3	**Certificado de Calificaciones** de la carrera con ***promedio general mínimo de 8***		Copia	*	Apostillado
4	**Constancia del Servicio Social** (No la presente si ya tiene título)		Copia	*	
5	**Acta de Examen Profesional** (No la presente si ya tiene título)		Copia	*	*
6	**Currículum Vitae** Describiendo y anexando las constancias de los Cursos, Congresos, etc., exclusivamente de los DOS ÚLTIMOS AÑOS . (En el *Formato para Currículum* de la Convocatoria para Especialidades de Entrada Directa; no utilice o adjunte otro).	Original		*	*
7	**Acta de nacimiento legible** Impresa en tamaño carta (21.6 x 27.9 cm)		Copia	*	Apostillado
8	**Clave Única de Registro de Población** (CURP)		Copia	*	
9	**Identificación Oficial vigente** (INE o Pasaporte)		Copia	*	
10	**Pasaporte vigente**		Copia		*
11	**Comprobante de Domicilio, vigente** (Agua, Predial, Teléfono)		Copia	*	*
12	**Seguro de Gastos Médicos Mayores** Vigente y, para el primer año, con cobertura hasta el 28 de febrero 2022. Deberá renovarlo anualmente y mantenerlo vigente por el tiempo completo de la especialidad o curso		Copia		*
13	**Carta de suficiencia económica** Declaración explícita del aspirante mediante la que exprese por escrito la solvencia económica con la cual se sustentará en el transcurso de los años que consta el curso que solicita (deberá anotar los años y el curso).	Original			*
14	**Certificado médico** Con fecha de emisión no mayor a tres meses de su entrega; en el que se informe la condición de salud actual y especifique si presenta alguna patología pre-existente	Original		* Del Sector Salud (Secretaría de Salud local o federal; IMSS o ISSSTE)	*
15	**Forma Migratoria Multiple** (FMM), Que compruebe su estancia legal en el país		Copia		*

NOTA En caso de resultar SELECCIONADO, deberá presentar DOCUMENTACIÓN ADICIONAL, que posteriormente le será informada