



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
Dirección de Enseñanza e Investigación  
Subdirección de Enseñanza  
División de Enseñanza de Posgrado  
REGISTRO DE ASPIRANTES A POSGRADO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MEDICINA (PAEM)  
( Llenar con letra de molde legible y tinta azul )

Pegar foto a  
color tamaño  
infantil  
reciente

Posgrado De Alta Especialidad En Medicina (PAEM) que solicita:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Edad:

Estado Civil:

Teléfono celular  
(marcación completa)

CURP:

R.F.C.:

Pasaporte

(solo extranjeros)

Domicilio permanente:

Calle y Número

Colonia

Municipio, Alcaldía o Localidad

Ciudad

Código Postal

Teléfono fijo (marcación completa)

Celular (marcación completa)

CORREO ELECTRÓNICO:

Principal:

Alternativo:

En caso de URGENCIA notificar a:

Nombre completo

Parentesco

Teléfono (anotar la marcación completa)

Domicilio:

Universidad de Procedencia:

(anotar nombre y campus si lo requiere)

Promedio general

Institución donde realizó la especialidad:

Lugar (Hospital, Ciudad, País)

años cursados

Institución donde realizó PAEM previo (si fuera el caso):

Lugar (Hospital, Ciudad, País)

Período

Cuenta con Título de:

Licenciatura:

N° de cédula:

Especialista:

N° de cédula:

ENARM

N° de veces que ha presentado el ENARM

Año en que lo aprobó

N° de folio del ENARM

N° de constancia de seleccionado

FIRMA

FECHA (DD/MM/AA)