



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

Pegar foto a  
color tamaño  
infantil  
reciente

### ORTODONCIA

_____		_____		_____	
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 tiene)		Promedio general	
Cuenta con Título de: _____		Licenciatura: _____	N° de cédula: _____		

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FECHA (DD/MM/AA)