



ANEXO 1

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

- ❖ DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**
- ❖ COORDIANCIÓN DE POSGRADO**

**SOLICITUD DE INGRESO
MÉDICO RESIDENTE NACIONAL.**

NOMBRE _____

ESPECIALIDAD: _____



1.- DATOS PERSONALES

Foto

Nombre _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre (s))

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Peso: _____ Talla: _____

Lugar de Nacimiento _____
(Población y Estado) (País)

Fecha de Nacimiento: _____
(año) (mes) (día)

Nacionalidad: _____ RFC: _____

CURP: _____

TALLA BATA: _____ **TALLA PANTALÓN:** _____ **TALLA ZAPATOS:** _____

Dirección Particular: _____
(Calle y número)

(Colonia, Delegación, Ciudad y Estado) (Código Postal)

(Teléfono particular) (Teléfono Celular)

(Dirección Electrónica, e-mail)



(Número de Cédula Profesional, sólo de la Dirección General de Profesiones Federal)

Nombre, Dirección y Teléfono de otra persona que le pueda localizar

2.- ESCOLARIDAD

Nombre de la Escuela	Grado	Año inicio- Año término
	Primaria	
	Secundaria	
	Preparatoria	
	Medicina	
	Especialidad	

Lugar de realización del Internado de Pregrado:

Lugar de realización del Servicio Social:

Examen Profesional: Día _____ Mes _____ Año _____

Promedio de la carrera: _____

Título de Tesis Profesional: _____

Modalidad de Titulación: _____

OTROS TÍTULOS, GRADOS ACADÉMICOS O ESPECIALIZACIÓN EN ESCUELAS, FACULTADES U HOSPITALES, NACIONALES O EXTRANJEROS		
Institución	Título o Grado	Año

Ciudad donde presentó el Examen Nacional de Residencias Médicas: _____



No. Constancia de Seleccionado _____

Resultados obtenidos en:

Ciencias Básicas	Conocimientos Médicos	Salud Pública	Inglés	Total	Lugar Obtenido:
14.25	66.75	9.0	10.0	100	

3.- CURSOS DE POSGRADO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN	FECHA

4.- EDUCACIÓN Y POSICIONES HOSPITALARIAS:

Hospital:	Puesto Desempeñado:	Fecha:

5.- CARRERA DOCENTE UNIVERSITARIA Y EN OTRAS INSTITUCIONES.

Universidad o Escuela	Cátedra	Fecha Nombramiento	Vigencia Actual	
			SI	NO

6.- DISTINCIONES CIENTÍFICAS QUE LE HAN SIDO OTORGADAS:



7.- SOCIEDADES CIENTÍFICAS A LAS QUE PERTENECE:

NOMBRE DE LA SOCIEDAD O COLEGIO	ANTIGÜEDAD

8.- CONFERENCIAS O CURSOS QUE HAYA IMPARTIDO EN EL PAÍS O EL EXTRANJERO:

Tema de la Conferencia:	Institución	Lugar	Fecha

Tema del Curso:	Institución	Lugar	Fecha

9.- TRABAJOS PUBLICADOS:

Título	Revista	Vol. No.	Paginas	Fecha

10.- LIBROS PUBLICADOS O EN LOS QUE HA PARTICIPADO:

(Mencionar Autor, Título, Página, Edición, Editorial, Ciudad donde fue publicado y año)



11.- CONGRESOS Y REUNIONES A LOS QUE HA ASISTIDO:

(Mencionar título, Organizador, Lugar, Fecha y Horas Crédito)

(Si requiere más espacio anexar hojas)

12.- INSTITUCIÓN DONDE PRESTA SUS SERVICIOS Y CARGO EN EL MISMO

13.- HOSPITAL Y ESTADO DE LA REPÚBLICA DONDE REALIZÓ LA ESPECIALIDAD, AÑO DE INGRESO Y EGRESO.

14.- IDIOMAS:

Idioma	Lo lee (%)	Lo escribe (%)	Lo habla (%)

FIRMA

FECHA



REQUISITOS GENERALES PARA LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN:

Carta de aceptación del Hospital Original

- 1.- Original y copia de la Constancia de Seleccionado en el Examen Nacional
- 2.- Original de Solicitud de Ingreso a la Institución (el Formato se entrega en Hospitales Sede de Residencias Médicas)
- 3.- Original y copia del Acta de Nacimiento
- 4.- Copia Comprobante de domicilio actual
- 5.- Copia de Cartilla Militar Liberada
- 6.- Original y copia del Certificado Médico (Expedido por institución oficial)
- 7.- Copia del Título Profesional o (Constancia de Trámite)
- 8.- Copia de Cédula Profesional
- 9.- Copia Carta de Policia
- 10.- Copia Constancia de término de Internado
- 11.- Copia de término de Servicio Social Expedido por la Secretaría de Salud, o en su caso carta de inicio.
- 12.- Dos (2) cartas de recomendación
- 13.- Copia Credencial del IFE
- 14.- Copia Credencial CURP
- 15.- Carta de no Inhabilitación
- 16.- Una fotografía tamaño infantil
- 17.- Copia de la Cedula del RFC

NOTA IMPORTANTE: SI NO SE COMPLETAN LOS REQUISITOS SOLICITADOS, NO SE PODRA PROCEDER A SU CONTRATACIÓN.