



**Convocatoria 2026-2027**  
**SOLICITUD DE INGRESO**  
**2da vuelta**

FOTO

**1.- DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ R.F.C. con  
Homoclave: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio Permanente: Calle: \_\_\_\_\_

Col. \_\_\_\_\_ Demarcación  
Territorial: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ N° celular: \_\_\_\_\_

E-mail(s): \_\_\_\_\_

**2.- Nombre del  
Curso o Posgrado a  
Realizar:**

Marque con una X Especialidad  
Entrada ( ) Especialidad  
Directa Entrada Indirecta ( ) CPAEM ( )

Duración: \_ Fecha de inicio y término: \_\_\_\_\_



### 3.- DATOS DE LA LICENCIATURA

Universidad donde cursó la licenciatura:

Promedio de Estudios (**indicar escala de 0-10**) aplica también para extranjeros:

Duración (años, especificar fecha de inicio y término):

Cédula Profesional (Número):

Fecha del Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM):

Lugar obtenido en el ENARM:

### 4.- DATOS DE LA ESPECIALIDAD PREVIA

Especialidad realizada:

Institución de Salud de procedencia, especificar nombre de la Unidad Hospitalaria:

Universidad que avala la especialidad:

Duración (en años, especificar fecha de inicio y término):

Ciudad y País donde realizó la especialidad:

Promedio de Estudios de la especialidad previa (**indicar escala de 0 – 10**) aplica también para extranjeros:



#### 4.1- DATOS DE LA ESPECIALIDAD ACTUAL:

Especialidad Actual: \_\_\_\_\_

Institución de Salud de procedencia,  
especificar nombre de la Unidad  
Hospitalaria: \_\_\_\_\_

Universidad que avala la especialidad: \_\_\_\_\_

Duración (en años, especificar  
fecha de inicio y término): \_\_\_\_\_

Ciudad y País donde realizó la especialidad: \_\_\_\_\_

Promedio de Estudios de la especialidad  
previa (**indicar escala de 0 – 10**) **aplica  
también para extranjeros:** \_\_\_\_\_

#### 5.- IDIOMAS Indicar porcentaje de dominio

| IDIOMA (S) | HABLA | TRADUCE | ESCRIBE |
|------------|-------|---------|---------|
|            |       |         |         |
|            |       |         |         |
|            |       |         |         |





## 6.- DATOS ADICIONALES

Talla de Bata (MARCAR con X la talla):

MUJER ( )

HOMBRE ( )

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 24 | 26 | 28 | 30 | 32 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | 48 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

❖ (Si no sabe su talla, favor de verificar en la tabla de equivalencias)

Número de Zapatos: (Marcar con una X su # MEX, NO ES # USA Ó EUR)

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

|      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 22.5 | 23.5 | 24.5 | 25.5 | 26.5 | 27.5 | 28.5 | 29.5 | 30.5 | 31.5 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

❖ (Si no sabe su número, favor de verificar la tabla de equivalencias)

Fecha de Entrega \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Nota: deberá llenar todos los campos de la solicitud, de no ser así, quedará anulada dicha solicitud.**

