



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACION EN SALUD

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE ASPIRANTES AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL I.M.S.S.



FOTOGRAFÍA

Nombre:

Edad: Sexo: Matrícula

Domicilio:

Calle y No. Colonia C.P.

Municipio o Delegación Ciudad Estado

Teléfono particular: Teléfono de trabajo:

Fax: E-mail:

Área donde desempeña su actividad en el I.M.S.S.

Consulta Externa () Urgencias () Confianza ()

Turno: Matutino () Vespertino ()

Otro (especifique):

Unidad de Adscripción: Delegación:

Fecha de ingreso al IMSS: Antigüedad:
Años Quincenas

Ha realizado estudios de posgrado:
Sí () No () Total () Parcial ()

En caso afirmativo anote nombre de la Institución:

Especialidad:

Fecha de la solicitud:

Firma: _____