

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO mediante el cual se dan a conocer los formatos denominados: 1) Solicitud de campos clínicos y sedes para instituciones educativas que imparten carreras del área de la salud (ciclos clínicos, internado médico o servicio social); 2) Solicitud de inscripción a estudios de posgrado; 3) Solicitud de inscripción a estudios de posgrado en cirugía maxilofacial; 4) Solicitud de inscripción a la licenciatura en enfermería en escuelas de enfermería del IMSS y 5) Solicitud para médicos mexicanos o extranjeros externos que desean realizar actividades de educación continua en el IMSS.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección de Prestaciones Médicas.

AVISO MEDIANTE EL CUAL SE DAN A CONOCER LOS FORMATOS DENOMINADOS: 1) SOLICITUD DE CAMPOS CLINICOS Y SEDES PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE IMPARTEN CARRERAS DEL AREA DE LA SALUD (CICLOS CLINICOS, INTERNADO MEDICO O SERVICIO SOCIAL); 2) SOLICITUD DE INSCRIPCION A ESTUDIOS DE POSGRADO; 3) SOLICITUD DE INSCRIPCION A ESTUDIOS DE POSGRADO EN CIRUGIA MAXILOFACIAL; 4) SOLICITUD DE INSCRIPCION A LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA EN ESCUELAS DE ENFERMERIA DEL IMSS. Y 5) SOLICITUD PARA MEDICOS MEXICANOS O EXTRANJEROS EXTERNOS QUE DESEAN REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACION CONTINUA EN EL IMSS.

Asunto: Publicación de los formatos: 1) Solicitud de campos clínicos y sedes para instituciones educativas que imparten carreras del área de la salud (ciclos clínicos, internado médico o servicio social); 2) Solicitud de inscripción a estudios de posgrado; 3) Solicitud de inscripción a estudios de posgrado en cirugía maxilofacial; 4) Solicitud de inscripción a la licenciatura en enfermería en escuelas de enfermería del IMSS; y 5) Solicitud para Médicos Mexicanos o Extranjeros externos que desean realizar actividades de educación continua en el IMSS, dichos formatos sirven como base para iniciar los trámites: Solicitud de campos clínicos y sedes para: ciclos clínicos, internado médico y servicio social para instituciones educativas que imparten carreras en el área de la salud; Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el IMSS; solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el IMSS; Solicitud de rotaciones parciales en el IMSS de médicos residentes de otras instituciones; Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del IMSS; y por inscribir los correspondiente a: Solicitud para que cirujanos dentistas mexicanos y extranjeros, ingresen como residentes en cirugía maxilofacial en el IMSS; y Solicitud para médicos especialistas mexicanos y extranjeros externos ingresen o realicen programas de educación continua en el IMSS, que tiene inscritos el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), fundamentados en los Acuerdos 288/2005 y 490/2005, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 10 de marzo de 2006, así como su Anexo Unico, emitidos por el H. Consejo Técnico, por el que se aprueban los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria.

Lo anterior, con base en lo dispuesto en los artículos 5 y 76, fracciones I y IV del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, referentes a las atribuciones de los órganos normativos y de la Dirección de Prestaciones Médicas.

México, D.F., a 2 de junio de 2006.- El Director de Prestaciones Médicas, **Onofre Muñoz Hernández**.-
Rúbrica.

**“Solicitud de campo clínico y sedes para instituciones educativas que imparten
carreras del área de la salud”
(Ciclos Clínicos, Internado Médico o Servicio Social)**

Esta Solicitud aplica para el trámite de Estudios de Pregrado inscrito en el Registro Federal de Trámites y Servicios, y que corresponde a los Procesos Educativos de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

“Solicitud de campos clínicos y sedes para instituciones educativas que imparten carreras del área de la salud”

(Ciclos Clínicos, Internado Médico o Servicio Social)

DATOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	
Nombre	(1)
R.F.C.	(2)
Domicilio	(3)
Número telefónico	(4)
Número de Fax	(5)
Página Web o dirección de correo electrónico	(6)
Nombre del representante legal	(7)

DATOS DE LA CARRERA	
Nombre	(8)
Nivel	(9)
Ciclo académico	(10)
Duración	(11)

PARA INTERNADO MEDICO O SERVICIO SOCIAL	
Promoción de inicio solicitada	(12)

INFORMACION GENERAL	
Los siguientes documentos los deberá adjuntar a esta solicitud en original y copia simple, el original sólo es para cotejo y la copia simple formara parte del expediente de la institución educativa solicitante: - Reconocimiento Oficial del Plan de Estudios, de la carrera objeto del trámite, emitido por la Secretaría de Educación Pública (REVOE); o Decreto Presidencial o incorporación a una universidad reconocida. - Dictamen de opinión favorable del Plan de Estudios, emitido por el Comité de Planeación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. - Programa Académico, del ciclo académico solicitado. - Original del Programa Específico, en el que indique el número de grupos y de alumnos solicitados por unidad médica sede. - Original de documento que especifique áreas o servicios de las unidades médicas sede, así como el tipo de personal que se requiere para el ciclo académico solicitado, que tengan relación con el nivel educativo señalado en el programa académico correspondiente. NOTA 1: Las Escuelas y Facultades de Medicina deberán presentar copia del documento que emita el organismo certificador vigente. COMAEM. NOTA 2: Las instituciones educativas deberán tramitar la solicitud cuando menos con seis meses de anticipación al inicio del ciclo solicitado.	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
INSTITUCION EDUCATIVA		
1	Nombre	La razón social oficial de la institución educativa.
2	R.F.C.	La clave del registro federal de contribuyentes y la homoclave de la institución educativa.
3	Domicilio	El nombre de la calle y número oficial, colonia, código postal, delegación o municipio y entidad federativa en donde se localiza el plantel de la institución educativa.
4	Número telefónico	El número telefónico de la institución educativa, y la clave lada.
5	Número de Fax	El número de fax de la institución educativa, y la clave lada.
6	Página Web o dirección de correo electrónico	La clave de la dirección del correo electrónico de la institución educativa.
	Nombre del representante legal	El nombre completo de la persona que ostenta el poder legal de la institución educativa, consignando cargo o puesto que desempeña.
DATOS DE LA CARRERA		
8	Nombre	El nombre completo de la carrera
9	Nivel	El nivel académico que solicita la institución educativa. (técnico o licenciatura).
10	Ciclo académico	Lo que corresponda: ciclo clínico, internado médico o servicio social.
11	Duración	La fecha de inicio y término del ciclo académico.
PARA INTERNADO MEDICO O SERVICIO SOCIAL		
12	Promoción de inicio solicitada	Para internado médico: enero o julio Para servicio social: febrero o agosto.

NOTA: Los ciclos clínicos académicos no considerados en la presente solicitud, así como las prácticas profesionales deberán justificarse mediante el programa académico para poder autorizarse.

SI ACTUALMENTE ES TRABAJADOR DEL IMSS, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION

(32) Fecha de ingreso: _____ Antigüedad: _____

(33) Categoría: _____

(34) Tipo de contratación: Conf. ☐ Base definitiva ☐ Técnico 34 ☐ Sustitución ☐

(35) Unidad de Adscripción: _____

SOLO SI ES HIJO DE TRABAJADOR DEL IMSS, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION:

(36) Nombre del padre o madre: _____

(37) Matrícula: _____ Unidad donde trabaja: _____

(38) Ha realizado usted estudios de Posgrado: Sí _____ No _____ Total _____ Parcial _____

En caso afirmativo anote el nombre de la Institución: _____

¿Qué tipo de estudios?: _____ Fecha de egreso: _____

ASPIRANTES (EXTRANJEROS)

Domicilio permanente en el país de origen:

Calle y número: _____ Colonia: _____

Estado: _____ País: _____ Teléfono: _____

(40) No. Pasaporte: _____

NOTA: Estoy enterado de que en caso de ser aceptado para cursar una especialidad médica en el IMSS es a través de un concurso especial para aspirantes extranjeros, por lo que en el caso de adquirir la nacionalidad mexicana y desear ejercer los derechos como tal, deberé concursar nuevamente para obtener una plaza de residente nacional al igual que cualquier mexicano.

Me comprometo a realizar la aportación económica anual, según las cuotas vigentes establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el mes de febrero de cada año.

(41) SISTEMA DE ESPECIALIZACION MEDICA EN EL IMSS (SEDE O SUBSEDE).

Para las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, consulte el Sistema de Especialización Médica (Pág. Web) y anote en orden de preferencia las seis opciones de subselección en las que desee realizar el curso de especialización y cada una deberá corresponder a una sede diferente.

Opción	Sede o Subselección:	Delegación:
Primera		
Segunda		
Tercera		
Cuarta		
Quinta		
Sexta		

De ser aceptado en el IMSS para ingresar al curso de especialización:

- Me comprometo a realizar mi especialidad en la unidad del IMSS que se me asigne y también a efectuar los trámites necesarios para inscribirme en la Institución Educativa que la reconozca.
- Acepto ser excluido del sistema, si omito datos o falseo información.

(42) NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE _____

Para uso exclusivo de la Coordinación de Programas de Posgrado

Delegación _____ ☐ ☐ ☐Sede _____ ☐ ☐ ☐

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE POSGRADO 2006-07

Por favor, llene la solicitud con máquina de escribir o con letra de imprenta (con tinta) legible en los espacios en blanco.

A continuación se anotan los números que corresponden a los datos que requieren alguna aclaración.

1. Es necesario el número de folio de la credencial de la CIFRHS (CEPEC) que usó para presentar el Examen Nacional (no es el número de la constancia de seleccionado). Sólo para las especialidades de entrada directa.
2. Anotar el año en que iniciará el curso.
3. El nombre debe anotarse exactamente como está en su acta de nacimiento.
4. El número de Matrícula otorgado por el IMSS a sus trabajadores con contratación de base.
5. Anote el número de registro federal de causantes, otorgado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. En caso de no tenerlo deje el espacio en blanco.
6. El lugar y fecha de nacimiento, deberá coincidir con el escrito es su acta de nacimiento.
7. La C.U.R.P... Clave Unica de Registro Poblacional expedida por la Comisión Nacional de Registro Poblacional es **INDISPENSABLE** (incluyendo médicos extranjeros, deberán solicitarlo en la Secretaría de Gobernación).
8. Anote su nacionalidad y deje en blanco el cuadro.
9. Estado civil, anote 1 si es soltero, 2 si es casado y 3 para otras situaciones.
10. Talla de bata o saco señale, (C) chica (M) Mediana (G) Grande (X) Extra-grande (E) Especial
11. Talla de calzado del 22 al 30, los medios números se expresan con (.5) Ejemplo $27\frac{1}{2} = 27.5$
12. Talla de pantalón; anote del 28 al 46 sólo pares.
14. Anote el nombre completo de la persona su parentesco y teléfono incluyendo la clave LADA.
15. Anote nombre completo de la Facultad o Escuela de medicina, donde realizó los estudios de la licenciatura.
16. Fecha de inicio y término de los Estudios de la Licenciatura.
17. Nombre completo del Hospital donde realizó el internado de pregrado.
18. Nombre completo del lugar (población) donde realizó el año de servicio social. (población, municipio, estado).

19. La fecha de término del servicio social con día, mes y año.
20. La fecha de examen profesional deberá corresponder a la anotada en el acta del mismo.
- 21-22 El número de cédula profesional; anote las otorgadas en su país. El título obtenido; anote el nombre completo de la licenciatura, como está escrito en el título profesional.
- 23-31 Marque con una X en el recuadro al que corresponda lo correcto de sus antecedentes.

Anote las calificaciones en escala de (100) con dos decimales, ejemplo: 8.75 deberá anotarse:

87.50

Sí en su escuela o facultad no se realiza internado clínico de pregrado, repita el promedio de la carrera en este rubro.

Sí en su escuela o facultad no se usa la escala de 100 anote la equivalencia ponderada según su certificado de calificaciones.

32. Sí es trabajador de base del Instituto Mexicano del Seguro Social, anote la fecha de ingreso como trabajador y la antigüedad efectiva como aparece en su último tarjetón de pago.
33. Escriba completa su categoría como trabajador del IMSS como aparece en su último tarjetón de pago.
34. Marque con una X el tipo de contratación actual.
35. Unidad Médica y delegación en la que se encuentra ubicada.
36. Sólo en caso de ser hijo de trabajador del IMSS Anexe copia del tarjetón (activo, jubilado o pensionado).
37. Anotar el número de la matrícula otorgada por el IMSS al padre o madre según sea el caso.
38. Se refiere a los datos del aspirante y marque con una X el inciso correspondiente a sus antecedentes.
39. Anote el número completo del pasaporte y su calidad migratoria.
40. Anote en el orden indicado y de su preferencia, la(s) sedes receptoras de médicos residentes Consulte el Sistema de Especialización Médica 2005.
41. Escriba su nombre(s) completo a máquina o letra legible a tinta y firma.

La omisión de estos datos o incurrir en falsedad, es causa de exclusión del concurso

Esta Solicitud aplica para todos los trámites de Especialidades Médicas inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios, y que corresponden a los Procesos Educativos de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD
DIVISION DE PROGRAMAS ACADEMICOS
AREA DE EDUCACION FORMATIVA
SOLICITUD DE INSCRIPCION A ESTUDIOS DE POSGRADO
EN CIRUGIA MAXILOFACIAL

FOTO

(1) Año de inicio del curso _____

Fecha:

--	--

--	--

--	--

Día Mes Año

(2) Nombre: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

(3) Matrícula sólo para trabajadores de base IMSS _____ (4) R.F.C. _____

(5) Lugar y fecha de nacimiento _____ Edad: _____

(6) CURP _____ (7) Nacionalidad: _____

--	--

(8) Estado Civil: _____

--

 Número de hijos:

--	--

(9) Talla saco o bata:

C	M	G	EX	X
---	---	---	----	---

 (10) Talla calzado:

--	--

 .

--	--

(11) Talla de falda o pantalón: (28 a 46) _____

(12) DOMICILIO PERMANENTE:

Calle y número: _____

Colonia: _____ Delegación o Municipio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ C.P.: _____ Teléfono(Lada): _____

(13) En caso de emergencia comunicarse con: _____

(14) Escuela o Facultad de procedencia: _____

(15) Población donde realizó (o está realizando) su servicio social e Institución: _____

(16) Fecha término serv. social: _____ (17) Fecha examen profesional: _____

(18) Cédula profesional No: _____ (19) Título obtenido: _____

(20) Servicio Social en el IMSS

(21) Número de años como Profesor en la Escuela de Medicina

(22) Número de publicaciones en Revistas Médicas

(23) Calificación en el Internado de Pregrado

(24) Promedio de la carrera

(25) Calificación del Examen Nacional

(26) Constancia de solvencia económica (Extranjeros)

(27) Constancia de retorno a su país (Extranjeros)

SI	NO					
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>					
Años: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>			
Núm.: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>			
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>					
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>					

SI ACTUALMENTE ES TRABAJADOR DEL IMSS, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION

(28) Fecha de ingreso: _____ Antigüedad: _____

(29) Categoría: _____

(30) Tipo de contratación: Conf. ☐ Base definitiva ☐ Técnico 34 ☐ Sustitución ☐

(31) Unidad de Adscripción: _____

SOLO SI ES HIJO DE TRABAJADOR DEL IMSS, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION:

(32) Nombre del padre o madre: _____

(33) Matrícula: _____ Unidad donde trabaja: _____

(34) Ha realizado usted estudios de Posgrado: Sí _____ No _____ Total _____ Parcial _____

En caso afirmativo anote el nombre de la Institución: _____

¿Qué tipo de estudios?: (Especialidad) _____ Periodo: _____ al _____

ASPIRANTES (EXTRANJEROS)

Domicilio permanente en el país de origen:

Calle y número: _____ Colonia: _____

Estado: _____ País: _____ Teléfono: _____

(35) No. Pasaporte: _____

NOTA: Estoy enterado de que en caso de ser aceptado para cursar **Cirugía Maxilofacial** en el IMSS es a través de un concurso especial para aspirantes extranjeros, por lo que en el caso de adquirir la nacionalidad mexicana y desear ejercer los derechos como tal, deberé concursar nuevamente para obtener una plaza de residente nacional al igual que cualquier mexicano.

Me comprometo a realizar la aportación económica anual, según las cuotas vigentes establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el mes de febrero de cada año.

(36)

Opción	Sede o Subsede:	Delegación:
Primera		
Segunda		

De ser aceptado en el IMSS para ingresar al curso de especialización: **Cirugía Maxilofacial**

- Me comprometo a realizar mi especialidad en la unidad del IMSS que se me asigne y también a efectuar los trámites necesarios para inscribirme en la Institución Educativa que la reconozca.
- Acepto ser excluido del sistema, si omito datos o falseo información.

(37) NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE _____

Para uso exclusivo de la Coordinación de Programas de Posgrado

Delegación _____ Sede _____

Esta Solicitud aplica para el trámite de la Especialidad en Maxilofacial inscrito en el Registro Federal de Trámites y Servicios, y que corresponden a los Procesos Educativos de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE POSGRADO 2006-07

Por favor, llene la solicitud con máquina de escribir o con letra de imprenta (con tinta) legible en los espacios en blanco.

A continuación se anotan los números que corresponden a los datos que requieren alguna aclaración.

3. Anotar el año en que iniciará el curso.
11. El nombre debe anotarse exactamente como está en su acta de nacimiento.
12. El número de Matrícula otorgado por el IMSS a sus trabajadores con contratación de base.
13. Anote el número de registro federal de causantes, otorgado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. En caso de no tenerlo deje el espacio en blanco.
14. El lugar y fecha de nacimiento, deberá coincidir con el escrito en su acta de nacimiento.
15. La C.U.R.P... Clave Unica de Registro Poblacional expedida por la Comisión Nacional de Registro Poblacional es **INDISPENSABLE** (incluyendo médicos extranjeros, deberán solicitarlo en la Secretaría de Gobernación).
16. Anote su nacionalidad y deje en blanco el cuadro.
17. Estado civil, anote 1 si es soltero, 2 si es casado y 3 para otras situaciones.
18. Talla de bata o saco señale, (C) chica (M) Mediana (G) Grande (X) Extra-grande (E) Especial
13. Talla de calzado del 22 al 30, los medios números se expresan con (.5) Ejemplo $27\frac{1}{2} = 27.5$
14. Talla de pantalón; anote del 28 al 46 sólo pares.
13. Anote el nombre completo de la persona su parentesco y teléfono incluyendo la clave LADA.
14. Anote nombre completo de la Facultad o Escuela de medicina, donde realizó los estudios de la licenciatura.
15. Nombre completo del lugar (población) donde realizó el año de servicio social. (población, municipio, estado).
16. La fecha de término del servicio social con día, mes y año.
21. La fecha de examen profesional deberá corresponder a la anotada en el acta del mismo.

18 -19 El número de cédula profesional; anote las otorgadas en su país. El título obtenido; anote el nombre completo de la licenciatura, como está escrito en el título profesional.

20 – 27 Marque con una X en el recuadro al que corresponda lo correcto de sus antecedentes.

Anote las calificaciones en escala de (100) con dos decimales, ejemplo: 8.75 deberá anotarse:

87.50

Si en su escuela o facultad no se realiza internado clínico de pregrado, repita el promedio de la carrera en este rubro.

Si en su escuela o facultad no se usa la escala de 100 anote la equivalencia ponderada según su certificado de calificaciones.

28. Si es trabajador de base del Instituto Mexicano del Seguro Social, anote la fecha de ingreso como trabajador y la antigüedad efectiva como aparece en su último tarjetón de pago.
29. Escriba completa su categoría como trabajador del IMSS como aparece en su último tarjetón de pago.
30. Marque con una X el tipo de contratación actual.
31. Unidad Médica y delegación en la que se encuentra ubicada.
32. Sólo en caso de ser hijo de trabajador del IMSS Anexe copia del tarjetón (activo, jubilado o pensionado).
33. Anotar el número de la matrícula otorgada por el IMSS al padre o madre según sea el caso.
34. Se refiere a los datos del aspirante y marque con una X el inciso correspondiente a sus antecedentes.
35. Anote el número completo del pasaporte y su calidad migratoria.
36. Anote en el orden indicado y de su preferencia, la(s) sedes receptoras de médicos residentes Consulte el Sistema de Especialización Médica 2005.
37. Escriba su nombre(s) completo a máquina o letra legible a tinta y firma.

La omisión de estos datos o incurrir en falsedad, es causa de exclusión del concurso

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD
DIVISION DE PROGRAMAS EDUCATIVOS
AREA DE EDUCACION FORMATIVA
COORDINACION DE PROGRAMAS DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA**

FOTO

**SOLICITUD DE INSCRIPCION
A LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA
EN ESCUELAS DE ENFERMERIA DEL IMSS**

DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE:					
Nombre ⁽¹⁾					
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		
Domicilio ⁽³⁾					
	Calle	No.	Colonia	Delegación	C.P.
Ciudad	Estado	País	Teléfono ⁽⁴⁾	Correo electrónico ⁽⁵⁾	
Edad: ⁽⁶⁾ _____	Sexo: ⁽⁷⁾ F ☐ M ☐	Estado civil: ⁽⁸⁾ _____			
Lugar de nacimiento ⁽⁹⁾					
		Municipio	Estado	País	Nacionalidad
Fecha de Nacimiento ⁽¹⁰⁾					
		año	Mes	Día	
Clave Unica de Registro Poblacional ⁽¹¹⁾					
CURP					
ANTECEDENTES ESCOLARES					
ESTUDIOS DE BACHILLERATO ⁽¹²⁾					
Nombre del Plantel			Entidad Federativa		
Periodo			Promedio		
ACTIVIDAD LABORAL EN EL IMSS ⁽¹³⁾					
Lugar de trabajo			Antigüedad		
Domicilio		Teléfono	Extensión		
Puesto que desempeña					
Lugar y fecha de la solicitud ⁽¹⁴⁾			Firma ⁽¹⁵⁾		

Documentos que debe anexar el aspirante:

- Copia certificada del acta de nacimiento (sólo para cotejo) y copia simple.
- Copia certificada de Bachillerato (sólo para cotejo) y copia simple.
- Tres fotografías tamaño infantil blanco y negro.
- Solicitud de inscripción

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA SOLICITUD DE INGRESO A LA CARRERA DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA EN ESCUELAS DEL IMSS.**

INSTRUCCIONES GENERALES:

Anote cuidadosamente los datos que se le solicitan con letra de molde legible, con tinta de color negro, evite tachaduras, enmendaduras y corrector.

1. NOMBRE:

Registrar Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) como aparece en el acta de nacimiento.

2. FOTOGRAFIA:

Pegar fotografía tamaño infantil en blanco y negro de frente fondo gris claro terminado mate (no instantáneas).

3. DOMICILIO:

Anotar nombre de la Calle, Número exterior e interior en su caso, Colonia, Delegación, Municipio, Ciudad, Estado y País.

4. NUMERO TELEFONICO:

Registrar todos los dígitos que corresponda al número de teléfono de domicilio.

5. CORREO ELECTRONICO:

Anotar completas todas las letras, números y otras claves que lo integren.

6. EDAD:

Anotar en años cumplidos su edad cronológica.

7. SEXO:

Cruzar en la línea correspondiente: F – femenino y M – masculino.

8. ESTADO CIVIL:

Anotar específicamente el nombre que corresponda a su estado civil actual, según las siguientes opciones:

Soltero

Casado

Divorciado

Unión libre

Otros

9. LUGAR DE NACIMIENTO:

Anotar Municipio, Estado, País y Nacionalidad como aparece en su Acta de Nacimiento.

10. FECHA DE NACIMIENTO:

Registrar año, mes y día tal y como aparece en su Acta de Nacimiento.

11. CLAVE UNICA DE REGISTRO POBLACIONAL:

Anotar todas las letras y números correspondientes como aparecen en el Registro Poblacional.

12. ESTUDIOS DE BACHILLERATO:

Anotar el Nombre del Plantel donde realizó este nivel académico, Entidad Federativa, años de estudio y promedio final.

13. ACTIVIDAD LABORAL EN EL IMSS

Registrar datos laborales de su adscripción actual dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como su tipo de contratación.

14. LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD:

Registrar el Estado donde se encuentra ubicada la Escuela de Enfermería solicitante, anotando también día, mes y año de dicha solicitud.

15. FIRMA:

Registrar firma autógrafa como aparece en su Credencial de Elector (IFE) con tinta negra.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS EN SALUD
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

SOLICITUD PARA MEDICOS MEXICANOS O EXTRANJEROS EXTERNOS QUE DESEAN REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACION CONTINUA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Por favor conteste o coloque una X en la casilla que seleccione, según sea el caso.

1. Fecha de la solicitud:	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Día</td> <td style="width: 10%;">Mes</td> <td style="width: 10%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				2. Fecha del curso solicitado:	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Día</td> <td style="width: 10%;">Mes</td> <td style="width: 10%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año					
Día	Mes	Año															
Día	Mes	Año															
		Inicio	Término														
3. Nombre:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 33%;">Nombre(S)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(S)												
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(S)															
4. Edad:		5. Nacionalidad:		6. Especialidad:													
7. Cédula Profesional de Médico General:			8. Cédula Profesional de especialista:														
9. Forma en que ejerce su profesión:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Privada</td> <td style="width: 50%;">Pública</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Privada	Pública			10. Si es institución pública:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nombre de la Institución:</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td>Unidad Médica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Servicio de adscripción:</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre de la Institución:		Unidad Médica:		Servicio de adscripción:					
Privada	Pública																
Nombre de la Institución:																	
Unidad Médica:																	
Servicio de adscripción:																	
11. Modalidad del Curso que solicita:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Reunión, Taller o Jornada</td> <td style="width: 25%;">Monográfico</td> <td style="width: 25%;">Diplomado</td> <td style="width: 25%;">Adiestramiento</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Reunión, Taller o Jornada	Monográfico	Diplomado	Adiestramiento					Alto nivel de Especialidad							
Reunión, Taller o Jornada	Monográfico	Diplomado	Adiestramiento														
12. Nombre del Curso que solicita (sin abreviaturas):																	
13. Tipo de Unidad Médica en la que solicita realizar el curso:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">U. Médica Familiar</td> <td style="width: 33%;">Hospital de 2o. nivel de atención.</td> <td style="width: 33%;">Unidad Médica de Alta Especialidad</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>					U. Médica Familiar	Hospital de 2o. nivel de atención.	Unidad Médica de Alta Especialidad									
U. Médica Familiar	Hospital de 2o. nivel de atención.	Unidad Médica de Alta Especialidad															
14. Estado de la República Mexicana en donde se ubica la Unidad Médica en donde solicita realizar el curso:																	
15. Origen de la solicitud:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Iniciativa personal</td> <td style="width: 50%;">Necesidad institucional</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>					Iniciativa personal	Necesidad institucional										
Iniciativa personal	Necesidad institucional																
16. Domicilio.																	
Calle y número:																	
Colonia:			Delegación o Municipio:														
Código postal:		Ciudad:		País:													
17. Nombre y teléfono de la persona para aviso en caso de urgencia:																	
18. Teléfono(s):		19. Dirección electrónica:															

DE SER ACEPTADO, ME COMPROMETO A REALIZAR MI CAPACITACION EN LA UNIDAD DEL IMSS QUE SE ME ASIGNE Y APEGARME A LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL Y EVALUACION DE LA UNIDAD SEDE DEL CURSO.

FIRMA DEL ASPIRANTE

(R.- 232188)