



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE ASPIRANTES AL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
DEL IMSS



FOTOGRAFÍA

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Matricula \_\_\_\_\_

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 ( ) Nocturno ( ) Discontinuo ( ) Jornada

Acumulada ( )

Fecha de ingreso al IMSS: \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_

Unidad de Adscripción \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

Ha realizado estudios de posgrado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_

En caso afirmativo anote nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

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

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_