



SECRETARIA DE SALUD JALISCO

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD EN SALUD

❖ DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

❖ JEFATURA DEL ÁREA DE POSGRADO

SOLICITUD DE INGRESO MÉDICO RESIDENTE EXTRANJERO, ESPECIALIDAD DE ENTRADA INDIRECTA

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____

HOSPITAL SEDE: INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Foto

1.- DATOS PERSONALES

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: _____

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 _____

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 del ENARM _____

Folio de la Constancias del ENARM _____

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.- IDIOMAS:

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

FIRMA

FECHA



REQUISITOS GENERALES PARA LOS CURSOS DE ESPECIALIDAD DE ENTRADA INDIRECTA EXTRANJEROS:

- 1.- Dos Originales y copia de los certificados parciales de años previos cursados (certificados), o en su caso constancia certificada del ENARM
- 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 (certificada)
- 4.- Copia certificada de Acta de Matrimonio en los casos que aplique
- 5.- Copia certificada de Actas de Nacimiento de los hijos en los casos que aplica
- 6.-Comprobante de autoría o coautoría de artículos científicos en revistas médicas
- 7.- Copia de comprobante de domicilio actual
- 8.- Original y copia del Certificado Médico (Expedido por institución oficial)
- 9.- Copia del Título Profesional (certificado)
- 10.- Copia Constancia de término de Internado con calificaciones (Certificada)
- 11.- Copia de término de Servicio Social (certificado)
- 12.- Copia de Cédula Profesional (certificado)
- 13.- Oficio de aceptación del Hospital
- 14.- Copia Credencial CURP
- 15.-Original para cotejo de la copia de Visa de residente temporal
- 16.-Original para cotejo de la copia de la forma migratoria múltiple
- 17.-Constancia de solvencia económica
- 18.- Constancia de retorno a su país de origen
- 19.- 1 Fotografía tamaño infantil (blanco y negro o color)
- 20.- Copia del pasaporte
- 21.- Copia del certificado de calificaciones (certificado)
- 22.- Copia de las pólizas de los seguros de: responsabilidad médica, de vida y de gastos médicos mayores.
- 23.- Copia de la inscripción a la universidad
- 24.- Pago anual de la especialidad de entrada indirecta al 15 DE FEBRERO

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