



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 NACIONALES PARA ESPECIALIDAD DE ENTRADA INDIRECTA

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____

HOSPITAL SEDE: INSTITUTO JALISCIESE DE CANCEROLOGÍA



Foto

1.- DATOS PERSONALES

Nombre _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre (s))

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Estado Civil: _____

Lugar de
Nacimiento _____
(Población y Estado) (País)

Fecha de Nacimiento: _____
(año) (mes) (día)

Nacionalidad: _____ RFC: _____

CURP: _____

TALLA BATA: (28) (30) (32) (34) (36) (38) (40) (42) (44) (46) (48) (50)

TALLA PANTALÓN: (28) (30) (32) (34) (36) (38) (40) (42) (44) (46) (48) (50)

TALLA ZAPATOS: (22) (22.5) (23) (23.5) (24) (24.5) (25) (25.5) (26) (26.5) (27) (27.5)
(28) (28.5) (29) (29.5) (30)

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: _____

Título de Tesis de Especialidad (cuando aplique) _____

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 _____

Folio de la Constancia 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 ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ADSCRITO:

13.- HOSPITAL Y ESTADO DE LA REPÚBLICA DONDE REALIZÓ LA ESPECIALIDAD, AÑO DE INGRESO Y EGRESO.

14.- IDIOMAS:

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

FIRMA

FECHA

REQUISITOS GENERALES PARA LOS CURSOS DE ESPECIALIDAD DE ENTRADA INDIRECTA

- 1.- Copia certificada de la Constancia de Seleccionado del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)
- 2.- Original de Solicitud de Ingreso a la Institución (el Formato se entrega en Hospitales Sede de Residencias Médicas)
- 3.- Copia del Acta de Nacimiento
- 4.- Copia Comprobante de domicilio actual
- 5.- Copia de Título Profesional
- 6.- Original y Copia del Certificado Médico (Expedido por institución oficial)
- 7.- Copia de Cédula Profesional
- 8.- Copia de Certificado Universitario de los años previos cursados
- 9.- Copia de Constancia de Término de Internado de Pregrado
- 10.- Copia de Constancia de Término de Servicio Social
- 11.- Copia Credencial CURP
- 12.- 1 Fotografía tamaño infantil (a color o blanco y negro)
- 13.- Carta de no Inhabilitación/Sanción administrativa (SAE)
- 14.- Oficio de aceptación del Hospital
- 15.- Copia de la inscripción a la universidad
- 16.- Con su primer cheque deberá darse de alta en el ISSSTE y trae la constancia para el expediente (de no completar este trámite se cancelará la beca)

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



“Documentos para el Área de Recursos Humanos”

El día que el residente acuda a su cita a firmar su carta de adscripción, deberá entregar la siguiente documentación para su trámite de alta a recursos humanos:

- 1 Copia de Carta de Aceptación del Hospital Sede
- 1 Copia de Constancia Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM)
- 2 Copias Acta de Nacimiento
- 2 Copias de constancia de situación fiscal
- 2 Copias de CURP
- 1 Copia de Identificación Oficial (INE, IFE, Pasaporte)
- 1 Copia de Comprobante de Domicilio (de la Ciudad)
- 1 Fotografía Tamaño Infantil a Color o Blanco y Negro