

**ASPIRANTE A ESPECIALIDADES MÉDICAS  
CHRISTUS MUGUERZA-UDEM  
PROCESO DE SELECCIÓN 2019**



**UDEM**

FOLIO: \_\_\_\_\_

*Favor de asegurarse que todos los datos estén correctos, completos y legibles.*

ESPECIALIDAD A LA QUE APLICA :	HOSPITAL SEDE:
--------------------------------	----------------

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD	PAÍS
	ESTADO	NACIONALIDAD

DÍA	EDO. CIVIL
	SEXO:
	RELIGIÓN:

DOMICILIO COMPLETO ACTUAL DEL ASPIRANTE
---

**DATOS DEL PADRE O TUTOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

**DATOS DE LA MADRE**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

DOMICILIO DE PADRES O TUTOR	CALLE Y NÚMERO	COLONIA
-----------------------------	----------------	---------

MUNICIPIO	ESTADO	LADA Y TELÉFONO
-----------	--------	-----------------

**CÓNYUGE**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

**HIJO 1**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

**HIJO 2**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

TEL. PARA DEJAR MENSAJE	TEL. CELULAR
-------------------------	--------------

E-MAIL
--------

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

OTRAS INSTITUCIONES A LAS QUE ESTÁ APLICANDO:
---

¿ACEPTARÍA PLAZA EN OTRO HOSPITAL SEDE DE CHRISTUS MUGUERZA?	SI _____ NO _____
--	-------------------



ESTUDIOS REALIZADOS

INSTITUCIÓN

CIUDAD

AÑO DE TÉRMINO

PREPARATORIA:			
UNIVERSIDAD:			
INTERNADO:			
SERVICIO SOCIAL:			
FECHA DE EXAM. PROFESIONAL:			
OTROS DATOS ACADÉMICOS:			

REFERENCIAS (FAMILIARES O CONOCIDOS)

NOMBRE	TELÉFONO	DOMICILIO

ENFERMEDADES PREVIAS Y PADECIMIENTOS ACTUALES CONOCIDOS

ACTUALMENTE SE ENCUENTRA TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO:	SI _____	NO _____
---	----------	----------

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL(ES)?	

SI YA HABÍA APLICADO EN AÑOS ANTERIORES , MENCIONE FECHA(S) Y ESPECIALIDAD(ES)

TRABAJA ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO

DATOS LABORALES ACTUALES (SI TRABAJA)

DOMICLIO DE LA EMPRESA:	
TELÉFONO EN SU TRABAJO:	
HORARIO DE TRABAJO:	

*"Entiendo y acepto que, en caso de no completar alguno de los requisitos estipulados para el proceso de selección 2019, no podré continuar participando en él."*

FIRMA

FECHA

Esta solicitud es de uso exclusivo del Depto. de Educación e Investigación de Salud.  
Se guardará privacidad de datos.