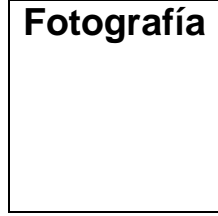


Ficha de identificación

Fotografía



Nombre: _____

Género: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Lugar de origen: _____

Lugar de residencia: _____

No. de teléfono del domicilio: _____

No. de celular: _____

Correo electrónico: _____

En caso de emergencia notificar a:

Nombre: _____

Teléfonos: Domicilio _____ Celular _____

Dirección: _____

En caso de padecer alguna enfermedad importante, que desee informar a esta institución puede hacerlo con la seguridad de que sus datos estarán protegidos

Padecimiento: _____

Tratamiento: _____

No. de expediente UNAM: _____

No. de cuenta UNAM: _____

Perfil

Formación de licenciatura:

Universidad de procedencia: _____

Duración de la licenciatura (años): _____

Periodo:

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Fecha de examen profesional: _____

Modalidad de titulación: _____

Fecha de obtención del grado: _____

No. de cédula profesional: _____

Promedio de la licenciatura: _____

Formación de posgrado:

Nombre del curso de especialización al que se inscribe:

Calificación del ENARM: _____

Año de residencia: _____

Institución de salud _____