



SOLICITUD DE ADMISION A LA ESPECIALIZACIÓN DE FÍSICA MÉDICA CLÍNICA

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|---------|----------------------|---|--------------------|--------------|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRE (S) | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO | | |
| MES | DÍA | AÑO | CIUDAD O POBLACIÓN | ESTADO | NACIONALIDAD |
| REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES | | | CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) | | |
| DOMICILIO | | | | | |
| CALLE | | NÚMERO (EXT. E INT.) | | COLONIA | |
| CIUDAD Y ESTADO | | PAÍS | | CÓDIGO POSTAL | |
| TELÉFONOS DE CONTACTO (UTILICE EL FORMATO CLAVE-PAÍS-CLAVE-LADA-NÚMERO) | | | | | |
| CASA | TRABAJO | CELULAR | | CORREO ELECTRÓNICO | |

INDIQUE SI HA SOLICITADO ANTERIORMENTE
EL INGRESO A ESTE POSGRADO

SI

NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA,
INDIQUE EN QUÉ TRIMESTRE LO
SOLICITÓ

ESTUDIOS REALIZADOS

LICENCIATURA

| | | | | | |
|---|--|---------------|---|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN | | | | | |
| LICENCIATURA | | | | | |
| AÑO DE INGRESO | | AÑO DE EGRESO | | AÑO DE TITULACIÓN | |
| EN CASO DE NO ESTAR TITULADO, INDIQUE EL PORCENTAJE DE AVANCE EN SUS ESTUDIOS | | | PROMEDIO OBTENIDO EN SUS ESTUDIOS DE LICENCIATURA | | |
| TÍTULO DE LA TESIS (O EN SU CASO PROYECTO TERMINAL, SEMINARIO, ETC.) | | | | | |
| ASESOR(ES): | | | | | |



MAESTRÍA

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
| INSTITUCIÓN | | | |
| MAESTRÍA | | | |
| AÑO DE INGRESO | | AÑO DE EGRESO | AÑO DE TITULACIÓN |
| EN CASO DE NO HABER OBTENIDO EL GRADO, INDIQUE EL PORCENTAJE DE AVANCE EN SUS ESTUDIOS | | PROMEDIO OBTENIDO EN SUS ESTUDIOS DE MAESTRÍA | |
| TÍTULO DE LA TESIS | | | |
| DIRECTOR(ES) DE LA TESIS: | | | |

OTROS ESTUDIOS (EN CASO DE QUE HAYA REALIZADO ESTUDIOS DE POSGRADO INCOMPLETOS, ESPECIFIQUELOS)

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| INSTITUCIÓN | | | |
| MAESTRÍA, DOCTORADO | | | |
| AÑO DE INGRESO | | MESES DE PERMANENCIA EN EL POSGRADO | |
| INDIQUE EL PORCENTAJE DE AVANCE QUE ALCANZÓ EN ESOS ESTUDIOS | | PROMEDIO OBTENIDO EN ESOS ESTUDIOS | |

Indique el orden de interés que tiene en las siguientes áreas de conocimiento. Utilice 1 para la que más le interesa, 2 para la siguiente y así sucesivamente:

- Imagen por rayos-X
- Imagen por ultrasonido
- Imagen por Resonancia Magnética Nuclear
- Imagen por Tomografía Computarizada
- Dosimetría de Radiaciones
- Medicina Nuclear
- Protección radiológica
- Radioterapia
- Otro, Indique :



Si ha tenido experiencia en física médica clínica, indique el tema, el lugar y con quién

Indique qué fuente de financiamiento tiene, o espera tener, para realizar sus estudios de posgrado

Si ha sido becario CONACyT, proporcione la siguiente información

| | | | |
|-------------------------|--|----------------------|--|
| Número de becario y CVU | | Grado | |
| Inicio (dd/mm/aaaa) | | Término (dd/mm/aaaa) | |

Cuenta con carta de Liberación No Adeudo Ninguna

¿ Por qué medio se enteró de la Especialización de Física Médica Clínica?:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por Internet | <input type="checkbox"/> Feria de Conacyt |
| <input type="checkbox"/> Congreso o evento de difusión | <input type="checkbox"/> Recomendación de algún profesor o conocido |
| <input type="checkbox"/> Revista científica o medio impreso de difusión ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| _____ | _____ |

De las dos instituciones participantes ¿ Tiene alguna preferencia para llevar acabo la residencia?

- Instituto Nacional de Neurología
- Instituto Nacional de Cancerología