



## SOLICITUD DE ADMISION A LA ESPECIALIZACIÓN DE FÍSICA MÉDICA CLÍNICA

### DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		
MES	DÍA	AÑO	CIUDAD O POBLACIÓN	ESTADO	NACIONALIDAD
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES			CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		
<b>DOMICILIO</b>					
CALLE		NÚMERO (EXT. E INT.)		COLONIA	
CIUDAD Y ESTADO		PAÍS		CÓDIGO POSTAL	
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO (UTILICE EL FORMATO CLAVE-PAÍS-CLAVE-LADA-NÚMERO)</b>					
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?<br>_____ | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)<br>_____                |
| _____   | _____   |

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

- Instituto Nacional de Neurología
- Instituto Nacional de Cancerología