



SECRETARÍA  
DE SALUD

**SOLICITUD DE INGRESO**  
**RESIDENCIA MÉDICA DE PEDIATRÍA**  
**HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE**  
**Dirección de Unidad de**  
**Enseñanza e Investigación**

SELLO DE RECEPCIÓN:

ESTA SOLICITUD DEBERÁ PARA SER LLENADA EN COMPUTADORA O A MÁQUINA.

**Datos Particulares:**

|   |  |  |  |               |  |
|---|--|--|--|---------------|--|
| APELLIDO PATERNO  |  | APELLIDO MATERNO   |  | NOMBRE (S)    |  |
| SEXO:<br>HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> |  | FECHA DE NACIMIENTO:<br>____ / ____ / ____<br>DD MM AAAA |  | ESTADO CIVIL: |  |
| CURP:   |  | CED. PROF:   |  | RFC:          |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO:  |  |  |  |               |  |
| CIUDAD O MUNICIPIO:   |  | ENTIDAD FEDERATIVA                                       |  | PAÍS          |  |

**Datos Generales:**

**Domicilio Actual Permanente:**

|                     |                         |          |                            |
|---------------------|-------------------------|----------|----------------------------|
| CALLE Y NÚMERO:     |                         | COLONIA: |                            |
| CÓDIGO POSTAL       | DELEGACIÓN O MUNICIPIO: |          | ESTADO:                    |
| CORREO ELECTRÓNICO: | TEL. FIJO (10 DÍGITOS): |          | TEL. CELULAR (13 DÍGITOS): |

**Persona a quien notificar en caso de emergencia:**

|                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS:     |                            |
| DOMICILIO:              |                            |
| TEL. FIJO (10 DÍGITOS): | TEL. CELULAR (13 DÍGITOS): |

Padeces una enfermedad de carácter:

Físico.

Mental.



AV. DE LA SALUD NO. 1 COL. BENITO JUAREZ C.P. 62765  
EMILIANO ZAPATA, MORELOS, MÉXICO  
TEL. 01 777 3 62 11 70  
<http://www.hnm.org.mx>



Antecedentes escolares superiores o equivalentes.

Estudios universitarios y de actualización:

| CURSO O PROYECTO     | INSTITUCIÓN | CIUDAD /ESTADO | PERÍODO | DOCUMENTO OBTENIDO |
|----------------------|-------------|----------------|---------|--------------------|
| Facultad de Medicina |             |                |         |                    |
| Internado            |             |                |         |                    |
| Servicio Social      |             |                |         |                    |
| OTROS                |             |                |         |                    |
|                      |             |                |         |                    |
|                      |             |                |         |                    |
|                      |             |                |         |                    |

Lenguas extranjeras (escribe el porcentaje de dominio):

| IDIOMA | LECTURA | ESCRITURA | HABLA | ESCUCHA |
|--------|---------|-----------|-------|---------|
|        | %       | %         | %     | %       |
|        | %       | %         | %     | %       |
|        | %       | %         | %     | %       |

Actividades docentes de investigación y/o asistenciales.

| INSTITUTO | PERÍODO | LUGAR | DESCRIPCIÓN |
|-----------|---------|-------|-------------|
|           |         |       |             |
|           |         |       |             |
|           |         |       |             |

Distinciones recibidas.

| INSTITUTO OTORGANTE | PERÍODO | LUGAR | DESCRIPCIÓN |
|---------------------|---------|-------|-------------|
|                     |         |       |             |
|                     |         |       |             |
|                     |         |       |             |

FECHA DE EXAMEN  
PROFESIONAL:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aaaa

PROMEDIO GENERAL DE  
ESTUDIOS PROFESIONALES:





Trabajos de investigación presentados:

| DESCRIPCIÓN | LUGAR | FECHA |
|-------------|-------|-------|
|             |       |       |
|             |       |       |
|             |       |       |

Trabajos publicados (Anexar copia del ejemplar):

| DESCRIPCIÓN | LUGAR | FECHA |
|-------------|-------|-------|
|             |       |       |
|             |       |       |
|             |       |       |

Actividad actual:

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3  |

Escriba brevemente las causas que motivan su deseo de colaborar con el Hospital del Niño Morelense

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Escriba brevemente porqué decidió elegir la especialidad de \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO (A).