

Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado

Homoclave del formato
FF-IMSS-011
Fecha de publicación del formato en el DOF
DD / MM / AAAA

Folio de registro IMSS
Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA

(*) Datos Opcionales

Campo para foto del solicitante

Datos Generales del solicitante
CURP:
RFC:
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Sexo: ☐ H ☐ M
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA
Lugar de nacimiento:
Estado civil:
Número de hijos:
Nacionalidad:
Talla de pantalón (28 a 46):
Talla de bata: ☐ (CH) Chica ☐ (M) Mediana ☐ (G) Grande ☐ (X) Extra-grande ☐ (E) Especial
Talla de calzado:

Datos del curso de especialización
Especialidad solicitada:
Año de inicio del curso:
En caso de emergencia comunicarse con
Nombre(s), primer y segundo apellido:
Parentesco: Teléfono fijo (lada y número):

Domicilio del solicitante
Código postal:
Calle:
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)
Número exterior: Número interior:
Colonia:
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)
*Localidad:
Municipio o Delegación:
Estado o Distrito Federal:
*Entre que calles (tipo y nombre):
*Calle posterior (tipo y nombre):

En caso de ser carretera llenar la siguiente información
Tipo de administración (marcar con una X): ☐ Federal ☐ Estatal ☐ Municipal
Derecho de tránsito (marcar con una X): ☐ Libre ☐ Cuota
Código de la carretera:
Tramo de la carretera:
Cadenamiento o kilómetro:
Teléfono fijo (lada y número): Teléfono móvil:
Correo electrónico:

En caso de ser camino llenar la siguiente información
Término genérico (marcar con una X): ☐ Brecha ☐ Camino ☐ Terracería ☐ Vereda
Tramo del camino:
Margen (marcar con una X): ☐ Derecho ☐ Izquierdo
Cadenamiento:

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Antecedentes académicos	
Escuela o facultad de procedencia:	
Promedio general de calificaciones de la carrera:	
(Expresada en base numérica 100.00 p.ej. 9.86 debe apuntarse como 98.60)	
Institución donde realizó el internado médico de pregrado:	
Promedio de calificaciones del internado médico de pregrado:	
(Expresada en base numérica 100.00 p.ej. 9.86 debe apuntarse como 98.60)	
Institución donde realizó el servicio social:	
Fecha de término del servicio social:	
DD / MM / AAAA	
Fecha de examen profesional:	
DD / MM / AAAA	
Número de cédula profesional:	Título obtenido:
Calificación obtenida en el ENARM:	
Número de años como profesor en escuela(s) de medicina:	
Número de publicaciones científicas en revistas médicas:	
En caso de ser actualmente trabajador de base definitiva del IMSS	
Matrícula:	Tipo de contratación:
	☐ Base ☐ Confianza
Unidad de adscripción:	
Categoría:	Fecha de ingreso:
	DD / MM / AAAA
En caso de ser hijo de trabajador del IMSS (activo, jubilado o pensionado)	
Nombre del padre o de la madre:	
Matrícula del padre o de la madre:	
Unidad de adscripción del padre o de la madre (solo activo):	

En caso de ser extranjero (datos en su país de origen)	
Código postal:	
Calle:	
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
*Entre que calles (tipo y nombre):	
*Calle posterior (tipo y nombre):	
Teléfono fijo (lada y número):	
Número de pasaporte:	
Constancia de solvencia económica. Marque con una X:	
☐ Si ☐ No	
Constancia de retorno a su país. Marque con una X:	
☐ Si ☐ No	
NOTA: Estoy enterado de que, en caso de ser aceptado para cursar una especialidad médica en el IMSS, es a través de un concurso especial para aspirantes extranjeros; por lo que, en caso de adquirir la nacionalidad mexicana y desear ejercer los derechos como tal, deberé concursar nuevamente para obtener una plaza de residente nacional, igual que cualquier mexicano.	
Me comprometo a realizar la aportación económica anual al Fondo de Fomento a la Educación, según las cuotas vigentes que establece el Instituto Mexicano del Seguro Social en el mes de febrero de cada año.	
Para las especialidades de Anestesiología, Cirugía, General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, consulte el Sistema de Especialización Médica (página web) y anote, en orden de preferencia las diez opciones de subsede en la que desee realizar el curso de especialización; cada una deberá corresponder a una sede diferente.	

Anote en orden de mayor a menos preferencia, las sedes/subsedes, de acuerdo a la selección personal de su conveniencia

Opción	Sede o Subsede	Delegación
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Instituto Mexicano del Seguro Social

9		
10		

Firma del solicitante

De ser aceptado en el IMSS para ingresar al curso de especialización , me comprometo a realizar mi especialidad en la Unidad del IMSS que se me asigne y a efectuar los trámites necesarios para inscribirme en la institución educativa que le otorgue el reconocimiento. Acepto ser excluido del sistema, en caso de omitir datos o falsear información.

Respetuosamente

Nombre y firma del solicitante

Requisitos

- Esta solicitud deberá presentarse con la siguiente documentación en original (solo para cotejo) y una copia.
- Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS);
Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado (dos tantos);
Acta de Nacimiento;
Acta de Matrimonio (en el caso de ser casado/a);
Acta de nacimiento de los hijos (si existen);
Registro Federal de Causantes (RFC);
Cédula Única de Registro Poblacional (CURP);
Cédula Profesional;
Certificado de calificaciones de la carrera, con promedio;
Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones);

Constancia del servicio social
Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses);
Comprobante de actividades docentes en el área médica;
Artículos científicos publicados en revistas médicas;
3 fotografías a color tamaño infantil;
Último tarjetón de pago (trabajadores o hijos de trabajadores);
Constancia de solvencia económica (extranjeros);
Constancia de retorno a su país de origen (extranjeros);
Documentos migratorios: Pasaporte, Visa y forma FM3 (extranjeros).

Instrucciones de llenado

Nombre y apellidos deben anotarse exactamente como están en su acta de nacimiento.
Lugar y fecha de nacimiento, deberán coincidir con los escritos en su acta de nacimiento.
CURP "Clave Unica de Registro Poblacional" es **INDISPENSABLE** (incluyendo médicos extranjeros)
Fecha de examen profesional deberá corresponder a la anotada en el acra del mismo.
Número de cédula profesional; anote la otorgada en su país.
Titulo obtenido; anote el nombre completo de la licenciatura como está escrito en su titulo profesional.
ENARM significa Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.
Firma del solicitante: Registre su firma autógrafa como aparece en su Identificación Oficial.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- ☐ IMSS-03-002-A
- ☐ IMSS-03-002-B
- ☐ IMSS-03-002-C
- ☐ IMSS-03-003-A
- ☐ IMSS-03-003-B
- ☐ IMSS-03-007-A
- ☐ IMSS-03-007-B
- ☐ IMSS-03-007-C
- ☐ IMSS-03-007-D