

**Formato de solicitud para el proceso de preselección**

**Especialidades médicas Christus Muguerza – UDEM**

**Ciclo académico con inicio en Marzo 2026**

*Por favor asegúrese que toda la información escrita esté completa, correcta y sea legible*

***IMPORTANTE: Aunque un programa se oferte en 2 hospitales sede de CHRISTUS MUGUERZA, solamente se puede aplicar a uno.***

Folio ENARM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatus de folio CIFRHS (ENARM) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio interno DEIS: \_\_\_\_\_\_\_\_

Programa al que aplica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de CVU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital sede al que aplica: *CMHAE CMHC CMHDP* *CMHSaltillo*

**Datos personales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|  |  |  |

Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciudad | Estado | País |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| C.U.R.P | R.F.C |
|  |  |

Talla de bata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio actual

Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del padre o tutor: |  |
| Nombre completo de la madre: |  |
| En caso de urgencia avisar a: | (Nombre/Teléfono/Relación) |

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades previas | Padecimientos actuales conocidos |
|  |  |
| ¿Actualmente toma algún medicamento?  En caso afirmativo, ¿cuál? | |

***Referencias (familiares o conocidos)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Domicilio** | **Teléfono** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Datos académicos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estudios realizados** | **Institución** | **Ciudad** | **Ciclo académico**  **Inicio-Término** | **Promedio obtenido** |
| **Preparatoria** |  |  |  |  |
| **Universidad** |  |  |  |  |
| **Internado de**  **pregrado** |  |  |  |  |
| **Servicio Social** |  |  |  |  |

Fecha de examen profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Otros estudios: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Si/No** | **¿Cuáles?** |
| Reconocimientos académicos durante su formación profesional |  |  |
| Actividades de investigación |  |  |
| Publicaciones |  |  |
| Actividades de docencia |  |  |

|  |
| --- |
| ¿Ha tenido problemas de amonestaciones o sanciones durante su formación profesional?  En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo y la sanción recibida? |

|  |
| --- |
| ¿Trabaja actualmente?  En caso afirmativo, ¿en dónde (nombre de la empresa y dirección) y en qué puesto? |

¿Es la primera vez que aplica con nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso que no sea la primera ocasión, ¿cuándo aplicó previamente y a qué especialidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medio por el que se enteró de nuestra convocatoria | Periódico | Facebook | Sitio Web | Amigo | Otro (¿cuál?) |
|  |  |  |  |  |

***Declare posible conflicto de intereses***

¿Es Usted familiar o tiene relación cercana enunciativa mas no limitativa con algún profesor de especialidades médicas de Christus Muguerza-UDEM, profesor de internado de pregrado, jefe de enseñanza, profesor de la UDEM, Médico de Christus Muguerza, etc.? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿con quién y qué relación tiene?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota 1.- Para la asignación de folio para el proceso de pre-selección, se tiene que entregar la totalidad de los**

**documentos referidos en el listado de requisitos en esta convocatoria. Si el expediente no está completo, no se**

**tomará en cuenta para el proceso y no podrá realizar el pago de inscripción.**

**2.- La cuota no es reembolsable.**

**3.- La entrega de esta solicitud o alguno de los documentos NO asegura el ingreso a la sede.**

**4.- En caso de no realizar alguna de las actividades que forman parte del proceso de pre-selección,**

**No se podrán reprogramar y el puntaje para dicho rubro se tomará como cero.**

**5.- La posición que ocupe en el listado de aspirantes para la especialidad y sede a la que aplique, dependerá de la**

**sumatoria de los resultados obtenidos, en los indicadores contemplados en el proceso de pre-selección.**

**6.- Examen y entrevista presencial.**

**7.- El día de asignación de plazas deberá estar disponible en los números registrados en esta solicitud y atento al correo electrónico. En el caso de que se intente localizar para ofrecerle una de las plazas, según el proceso establecido por el DEIS y esto no sea posible, se pasará al siguiente aspirante en la lista y ya No podrá ocupar la plaza.**

*“Entiendo y acepto que al aplicar al proceso de pre-selección de especialidades médicas de Christus Muguerza – Universidad de Monterrey para el ciclo a iniciar en marzo 2026, me apegaré a las políticas del mismo.”*

|  |
| --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Nombre y firma del aspirante* |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Lugar y fecha*

*Los datos contenidos en esta solicitud, en apego al art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Sujetos Obligados, son de uso exclusivo para el expediente interno del aspirante en el Departamento de Educación e Investigación de Salud.*