



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

LA HOJA DE DATOS GENERALES DEBERA ACOMPAÑARSE DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACION

DOCUMENTOS:	PRESENTAN:
<ol style="list-style-type: none">1. Hoja de datos generales *. Escrita en computadora.2. Fotocopia de identificación oficial (INE, pasaporte, licencia de automovilista)3. Carta de exposición de motivos (escrito libre)4. Curriculum Vitae sintetizado (formato libre)5. Historial académico con promedio aritmético, expedido por escuela de origen.6. Registro Federal de Causantes (RFC) con Homoclave (sólo mexicanos)7. Clave Única de Registro de Población (CURP) (sólo mexicanos)8. Acta de nacimiento9. Dos fotografías tamaño credencial (formato y color indistinto)10. Certificado de Salud que avale buen estado de salud físico y mental.11. Dos cartas de recomendación (formato del Instituto)12. Carta Compromiso de Confidencialidad13. Cartilla del Servicio Militar Nacional, CON HOJA DE LIBERACIÓN (sólo hombres mexicanos)14. Constancia de actividad actual15. Comprobante de inscripción al Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM). (sólo especialidades de entrada directa)16. Constancia de terminación de Internado de Pregrado y Servicio Social17. Título Profesional de Médico Cirujano o Acta de Examen Profesional18. Cédula Profesional de Médico Cirujano19. Diploma o Constancia de Especialidad previa (Institución Educativa y de Salud)20. Copia de constancia de seleccionado en ENARM. (Aquellos cuya especialidad troncal se cumplió en México)21. Certificación del Consejo correspondiente	<p>INTERNADO DE PREGRADO (1-12)</p> <p>SERVICIO SOCIAL, ASISTENCIA VOLUNTARIA, ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN, MAESTRÍA Y DOCTORADO (1-14)</p> <p>ESPECIALIDADES MÉDICAS (ENTRADA DIRECTA) (1-18)</p> <p>SUBESPECIALIDADES MÉDICAS (ENTRADA INDIRECTA) (1-21)</p> <p>CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD (1-21)</p>

ADVERTENCIA:

LA EXHIBICIÓN O ENTREGA DE DOCUMENTOS FALSOS RESULTARÁ EN LA SUSPENSIÓN DEFINITIVA DEL/LA SOLICITANTE Y SE DARÁ PARTE A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

DIRECCION DE ENSEÑANZA HOJA DE DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: _____

Sexo: _____ Edad _____ Estado Civil _____

CURP _____ R.F.C. con Homoclave _____

Domicilio Familiar: Calle _____

Col. _____ Delegación: _____

C.P. _____ Ciudad ó Estado _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono celular: _____

Nacionalidad: _____ Número de Cédula Profesional: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

E-mail(s) _____

Actividad que desea realizar:

Duración: _____ Fecha de inicio: _____

Fecha de Entrega: _____ Firma: _____

Anverso



CURRICULUM VITAE

Nombre y Apellidos: _____

1.- DATOS DE LA LICENCIATURA

Escuela de Procedencia: _____

Ciudad y País _____ Período escolar _____

Promedio de Estudios (indicar escala) _____

2.- Actividad Actual _____

3.- IDIOMAS Indicar porcentaje de dominio

IDIOMA	HABLA	TRADUCE	ESCRIBE

4.- Enliste en hojas adicionales las actividades señaladas en los siguientes Puntos, y posteriormente anexe los documentos comprobatorios.

- A.- Cursos de Actualización o Capacitación que haya recibido
- B.- Actividades Docentes, Asistenciales o de Investigación
- C.- Diplomas, Distinciones o Premios Recibidos
- D.- Trabajos Presentados o Publicados
- E.- Asociaciones a las que Pertenece
- F.- Actividades Extraacadémicas.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CARTA DE RECOMENDACIÓN

CONFIDENCIAL

(Favor de enviar en sobre sellado)

Nombre del/la candidato/a: _____

¿Desde cuándo conoce usted al/la candidato/a?: _____

¿Qué relación académica o profesional ha mantenido con él/ella?: _____

Le agradeceremos su opinión acerca del/la candidato/a de acuerdo a las características descritas abajo, marcando el rectángulo que corresponda para lograr mayor precisión y confiabilidad, le proponemos utilizar definiciones operacionales que aparecen al reverso, favor de marcar la casilla de no evaluable si no tiene suficientes elementos de juicio para externar su apreciación.

		Muy inferior al promedio	Inferior al promedio	Promedio	Superior al promedio	Muy superior al promedio	No evaluable
1.	Capacidad para el trabajo clínico						
2.	Capacidad para el trabajo docente						
3.	Capacidad para el trabajo de investigación						
4.	Manejo de la información						
5.	Capacidad de argumentación y discusión						
6.	Capacidad de autocrítica						
7.	Capacidad organizativa						
8.	Receptividad de las recomendaciones y críticas externas						
9.	Responsabilidad						
10.	Dedicación						
11.	Estabilidad Emocional						
12.	Relaciones interpersonales						

Observaciones: _____

Nombre y Apellidos: _____

Institución: _____ Cargo: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Para la valoración de cada una de las características anotadas, debe basarse en su apreciación diferencial (inferior o muy inferior al promedio, promedio, superior al promedio o muy superior al promedio, en la observación del grupo de personales cuya relación con usted haya sido semejante que la del/la candidato/a.

Promedio	Significa que corresponde a lo esperado, exigido o habitual parte para la generalidad.
Inferior o muy inferior al promedio:	Significa que la característica evaluada está por debajo o muy por debajo de lo esperado exigido o habitual.
Superior o muy superior al promedio	Significa que la característica evaluada rebasa claramente o con mucho lo esperado, exigido o habitual
1-3 Capacidad para el trabajo clínico, docente o de investigación:	Se refiere al mayor o menor grado de habilidad y confiabilidad para desempeñarse en cada una de esas actividades.
4. Manejo de la información:	Alude a la habilidad de recuerdo, aplicación crítica de la información tanto clínica como básica
5. Capacidad de argumentación y discusión :	Alude a la habilidad de darse a entender, fundamentar sus puntos de vista y/o convencer al exponer alguna temática, al discutir algún caso clínico, al proponer soluciones o proyectos
6.- Capacidad de autocrítica:	Se refiere a la actitud manifiesta para reconocer los propios errores, las limitaciones y también los aciertos.
7. Capacidad organizativa:	Destreza para incentivar y coordinar el trabajo en equipo
8. Receptividad a las recomendaciones críticas externas:	Alude a la actitud de aceptación selectiva (no indiscriminada) de los juicios y observaciones de los demás con respecto a la forma de trabajo a los puntos de vista propuestos, etc., que da lugar a cambios favorables en su desempeño
9. Responsabilidad	Se refiere al cumplimiento con las obligaciones de trabajo clínico académico (*al deber*) por encima de otros intereses
10. Dedicación	Alude a la constancia y esfuerzo desarrollado en las actividades
11. Estabilidad Emocional:	Se refiere a la característica de mantener dentro de límites más o menos estrechos las variaciones de la afectividad manifiesta
12.- Relaciones interpersonales:	Alude a la habilidad para manejar o negociar los conflictos, ganarse la confianza, la estimación y/o respeto de los demás.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: _____, en mi calidad de solicitante a alumno(a) de Verano de Investigación, interno de pregrado, pasante en Servicio Social, residente, alumno de curso de alta especialidad, de maestría o doctorado, u otro tipo de asistente de investigación o en proceso de capacitación u observación, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), me comprometo a guardar absoluta confidencialidad sobre toda la información que obtenga por mi contacto con pacientes, familiares, médicos, o expedientes clínicos, o de otro tipo, a los cuales tenga acceso para cumplir con la actividad académica para la cual el INCMNSZ me ha autorizado a permanecer.

Reconozco que la titularidad de toda la información derivada de mi actividad en el INCMNSZ corresponde al mismo, a través de mi tutor(a) o superior(es) jerárquico(s) institucional(es).

Me comprometo a no revelar por ningún medio, sea audiovisual, impreso, de redes sociales, de entrevista periodística, cartel, o presentación en seminarios o congresos académicos, o cualquier otro, los resultados de estudios en los que se me haya permitido participar, sin la anuencia escrita de mi tutor(a) del INCMNSZ y del (la) Jefe de Depto. o área de origen de tal información.

En caso de incumplir con estos compromisos, asumo las consecuencias, que incluirán la suspensión inmediata de mi permanencia en el INCMNSZ, el reporte de la falta del INCMNSZ dirigido a mi escuela de origen (si ese es el caso), la obligación de retractación en el mismo medio de comunicación o sociedad científica en donde se haya presentado, además de las responsabilidades legales derivadas de la revelación de esa información.

Ciudad de México, a ____ de _____ de _____

Firma: _____

Nombre y apellidos: _____

Dirección permanente: _____

Tel. Cel.: _____

Dirección-e: _____