



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO  
"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

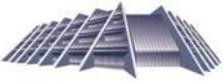
**INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO**  
**"Dr. José Barba Rubio"**

**DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**  
**COORDINACIÓN DE POSGRADO**

**SOLICITUD DE INGRESO AL DIPLOMADO EN CIRUGÍA**  
**DERMATOLÓGICA Y DERMATO-ONCOLOGÍA PARA**  
**MÉDICOS NACIONALES Y EXTRANJEROS**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_



## 1.- DATOS PERSONALES



Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre (s))

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar de  
Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Población y Estado) (País)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(año) (mes) (día)

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_  
(Calle y número)

\_\_\_\_\_  
(Colonia, Delegación, Ciudad y Estado) (Código Postal)

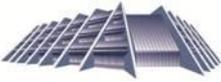
\_\_\_\_\_  
(Teléfono particular)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono Celular)

\_\_\_\_\_  
(Dirección Electrónica, e-mail)

\_\_\_\_\_  
(Número de Cédula Profesional, sólo de la Dirección General de Profesiones Federal)

\_\_\_\_\_  
Nombre, Dirección y Teléfono de otra persona que le pueda localizar



## 2.- ESCOLARIDAD

Nombre de la Escuela	Grado	Año inicio- Año término
	Primaria	
	Secundaria	
	Preparatoria	
	Medicina	
	Especialidad	

Título de Tesis Profesional: \_\_\_\_\_

Modalidad de Titulación: \_\_\_\_\_

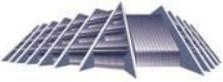
OTROS TÍTULOS, GRADOS ACADÉMICOS O ESPECIALIZACIÓN EN ESCUELAS, FACULTADES U HOSPITALES, NACIONALES O EXTRANJEROS		
Institución	Título o Grado	Año

Ciudad donde realizó la especialidad de dermatología: \_\_\_\_\_

## 3.- EXPERIENCIA EN CIRUGÍA

Conteste la siguiente encuesta subrayando la respuesta

- a) En la realización de la especialidad en Dermatología tuvo adiestramiento teórico en Cirugía Dermatológica  
Ninguna      Pocas veces      Frecuente      Muy seguido
- b) En la realización de la especialidad en Dermatología tuvo adiestramiento práctico en Cirugía Dermatológica  
Ninguna      Pocas veces      Frecuente      Muy seguido
- c) De acuerdo a los conocimientos básicos en Cirugía Dermatológica, como se calificaría en porcentaje siendo 0% como un área de debilidad como dermatólogo 50% como regular en el conocimiento y 100% para reafirmar los conocimientos:  
0%              25%              50%              75%              100%



d) De acuerdo a la habilidad y destreza básica en Cirugía Dermatológica, como se calificaría en porcentaje siendo 0% como un área de debilidad como dermatólogo 50% como regular en el conocimiento y 100% para reafirmar la habilidad:

0%                      25%                      50%                      75%                      100%

e) Independiente de la experiencia, habilidad y destreza que posea en Cirugía Dermatológica, esta ha sido en:

Cirugía básica                      Cirugía Avanzada                      Ambas  
(Husos, cirugía de uña)                      (Colgajos e injertos)

#### 4.- CURSOS DE POSGRADO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN	FECHA

#### 5.- EDUCACIÓN Y POSICIONES HOSPITALARIAS:

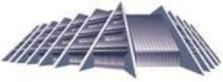
Hospital:	Puesto Desempeñado:	Fecha:

#### 6.- CARRERA DOCENTE UNIVERSITARIA Y EN OTRAS INSTITUCIONES.

Universidad o Escuela	Cátedra	Fecha Nombramiento	Vigencia Actual	
			SI	NO

#### 7.- DISTINCIONES CIENTÍFICAS QUE LE HAN SIDO OTORGADAS:

---



**8.- SOCIEDADES CIENTÍFICAS A LAS QUE PERTENECE:**

<b>NOMBRE DE LA SOCIEDAD O COLEGIO</b>	<b>ANTIGÜEDAD</b>

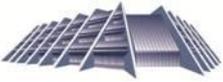
**9.- CONFERENCIAS O CURSOS QUE HAYA IMPARTIDO EN EL PAÍS O EL EXTRANJERO:** *(últimos 3 años)*

<b>Tema de la Conferencia:</b>	<b>Institución</b>	<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>

<b>Tema del Curso:</b>	<b>Institución</b>	<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>

**10.- TRABAJOS O CASOS PUBLICADOS EN REVISTAS CIENTÍFICAS:** *(últimos 3 años)*

<b>Título</b>	<b>Revista</b>	<b>Vol. No.</b>	<b>Paginas</b>	<b>Fecha</b>



**11.- LIBROS PUBLICADOS O EN LOS QUE HA PARTICIPADO:**

(Mencionar Autor, Título, Página, Edición, Editorial, Ciudad donde fue publicado y año) *(últimos 3 años)*

---

---

---

---

---

---

---

**12.- CONGRESOS Y REUNIONES A LOS QUE HA ASISTIDO:** *(últimos 3 años)*

(Mencionar título, Organizador, Lugar, Fecha y Horas Crédito)

---

---

---

---

---

---

---

(Si requiere más espacio anexar hojas)

**13.- PREMIACIÓN DE CURSOS DE CASOS CLÍNICOS, CARTELES, TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONCURSOS DE CONOCIMIENTOS, EN CONGRESOS, REUNIONES, FOROS, SIMPOSIOS A LOS QUE HA ASISTIDO:** *(últimos 3 años)*

(Mencionar título, Organizador, Lugar, Fecha y Horas Crédito)

---

---

---

---

---

---

---

**14.- INSTITUCIÓN DONDE PRESTA SUS SERVICIOS Y CARGO EN EL MISMO ACTUALMENTE**

---

---

---

---

---



**15.- IDIOMAS:**

<b>Idioma</b>	<b>Lo lee (%)</b>	<b>Lo escribe (%)</b>	<b>Lo habla (%)</b>

*\*A continuación con mi firma doy fé y legalidad que lo antes expresado por escrito es la verdad y que en caso de requerir evidencias para confirmarlo podré demostrarlo cuando se me requiera. Cualquier irregularidad podré quedar a disposición de los representantes o responsables del programa académico de Cirugía Dermatológica, incluso a perder el derecho de admisión. También me doy por enterado que toda la información será usada solamente con fines académicos para ser aspirante en el Posgrado de alta Especialidad en Cirugía Dermatológica que realiza el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" de la Secretaría de Salud Jalisco cuidando siempre mi identidad, privacidad y confidencialidad.*

---

**FIRMA**

---

**FECHA**



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO  
"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN