****UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FOTO TAMAÑO CARNÉ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACIÓN GENERAL POSGRADOS

FICHA DE REGISTRO PARA EXAMEN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Especialidad que aplica: | 1ª Opción | Elija un elemento. | 2ª Opción | Elija un elemento. |

|  |
| --- |
|   DATOS GENERALES  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primer nombre |  | Segundo nombre |  | Primer apellido |  | Segundo Apellido |  | Identidad/pasaporte(E) |
| Sexo: Elija un elemento. |  | E. civil: Elija un elemento. |  | Edad (años): |
| Fecha de nacimiento: |  | Nacionalidad: |  | Nº Hijos: |
|  |  |  |  |  |  |   |
| Tel: Celular Nº |  | Tel: fijo |  | Correo electr. personal |  | Correo electr. alternativo |
| ESTUDIOS – PROCEDENCIA |
| UNIVERSIDAD: |  | País: |  |
| Teléfono: |  |  |  | Correo institucional: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de ingreso |  | Fecha de egreso |  | Fecha de graduación  |  | Índice de graduación (%) |
| LUGAR DE RESIDENCIA |
|  |  | Elija un elemento. |  |  |  |  |
| País |  | Departamento |  | Municipio |  | Colonia / Barrio |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Calle |  | Avenida |  | Numero de Casa |  | Teléfono fijo |
| SITUACIÓN LABORAL |
| Nombres Instituciones donde labora: | A |  | B |  |
| Institución tipo:  | A | Elija un elemento. |  |  | B | Elija un elemento. |  | Correo(A) |
| Correo(B) | Telf.(A) | Telf. (B) | Años en (A) | Años en (B) |
| Dpto. (A) Elija un elemento. |  Mpio. (A): | Dpto. (B) Elija un elemento. | Mpio. (B): |
| CONDICIÓN DE SU SALUD |
| Enfermedad: Elija un elemento. | Tratamiento: Elija un elemento. | Embarazo: Elija un elemento. | Limitación/discapacidad: Elija un elemento. |
| Diagnostico: |  |  | Medicación: |  |
| Doy Fe que he leído y entendido los requisitos, forma, reglas, instrucciones del instructivo publicado en la web para proceso de admisión 2018 - 2019 a los posgrados clínicos de la FCM / UNAH al que me someto con pleno conocimiento. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha (día / mes / año) |  |  |  |

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

Firma Aspirante Impresión (Sello de colegiación o dactilar)

IMPRIMIR Y ENVIAR AL CORREO: ingresoposgradofcm2018@gmail.com