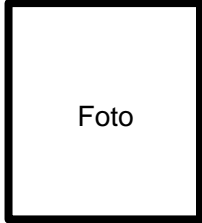




**Formato de currículum para los aspirantes a Especialidad Médica
Programas Multicéntricos de Residencias Médicas
Tecnológico de Monterrey – SSNL**



Nombre: _____ Edad: _____

Aspirante a la Especialidad Médica: _____

Tel: _____ Cel. _____

Correo: _____ @ _____

Objetivo Profesional

Mediano y Largo plazo. ¿Cómo te visualizas en unos años según tu meta profesional?

Objetivo Personal

¿Dónde planeas vivir, planeas casarte, cuántos hijos deseas tener etc....?

Educación

(Preparatoria y universidad empezando de lo más actual)

Universidad: _____ Fecha _____

○ Promedio final: _____

○ Lugar/clase. _____ # de Egresados en tu Generación: _____

Universidad: _____ Fecha _____

○ Promedio final: _____

○ Lugar/clase. _____

Preparatoria: _____ Fecha _____

○ Promedio final: _____

○ Lugar/clase. _____

Diplomados, cursos y seminarios

_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____

Experiencia Laboral

Servicio Social

Lugar: _____ Fecha: _____

Internado

Lugar: _____ Fecha: _____

Otros:

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Habilidades (Idiomas, programas computacionales, etc.)

Actividades Extra-académicas (Actividades culturales, recreativas, grupos y asociaciones):

Trabajos de investigación (Favor de anexar copia de publicación):

Título: _____

Autores: _____

Fecha de publicación: _____

Lugar de publicación: _____

Título: _____

Autores: _____

Fecha de publicación: _____

Lugar de publicación: _____

Título: _____

Autores: _____

Fecha de publicación: _____

Lugar de publicación: _____

Título: _____

Autores: _____

Fecha de publicación: _____

Lugar de publicación: _____

Título: _____

Autores: _____

Fecha de publicación: _____

Lugar de publicación: _____

Premios de investigación: _____

Datos personales:

Dirección: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Estado civil: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Nombre de los hijos: _____

Religión: _____

Alguna Discapacidad: _____
