

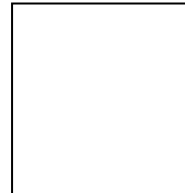


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA**



**ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**

**SOLICITUD DE INGRESO**



Lea con atención y escriba con impresora o con letra de molde en los espacios que corresponda de manera clara y verdadera.

|                          |                             |  |  |                        |  |
|--------------------------|-----------------------------|--|--|------------------------|--|
| <b>Apellido Paterno</b>  |                             | <b>Apellido Materno</b>                    |  | <b>Nombre(s)</b>       |  |
| <b>Nacionalidad</b>      | <b>Estado Civil</b>         | <b>Fecha de Nacimiento (día, mes, año)</b> |  | <b>Edad</b>            |  |
| <b>Núm. de Pasaporte</b> | <b>Núm. de Cédula Prof.</b> | <b>R.F.C.</b>                              |  | <b>Núm. matr. UABC</b> |  |
|                          |                             |  |  |                        |  |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>DOMICILIO PERSONAL</b>                  |                          |
| <b>Calle:</b>                              | <b>Número:</b>           |
| <b>Colonia:</b>                            | <b>Código Postal:</b>    |
| <b>Ciudad:</b>                             | <b>Estado:</b>           |
| <b>Teléfono:</b>                           | <b>Teléfono celular:</b> |
| <b>Correo electrónico:</b>                 |                          |
| <b>DOMICILIO PROFESIONAL</b>               |                          |
| <b>Nombre de la empresa o institución:</b> |                          |
| <b>Calle:</b>                              | <b>Número:</b>           |
| <b>Colonia:</b>                            | <b>Código Postal:</b>    |
| <b>Ciudad:</b>                             | <b>Estado:</b>           |
| <b>Teléfono:</b>                           |                          |

## ANTECEDENTES ESCOLARES

| ESTUDIOS PROFESIONALES                              |                          |   |                          |  |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|
| Universidad:  |                          | Facultad o Escuela:   |                          |  |
| Ciudad:   | País:                    | Periodo de estudios:  |                          |  |
| Fecha de titulación:                                | Promedio general:        | Elaboró tesis? SI ___ NO ___<br>De investigación? SI ___ NO ___ |                          |  |
| Título de la tesis:                                 |                          |   |                          |  |
| Ha presentado evaluación del CENEVAL? SI ___ NO ___ |                          |   |                          |  |
| Resultado obtenido:                                 |                          |   |                          |  |
| Distinciones recibidas durante los estudios:        |                          |   |                          |  |
| Mención honorifica                                  | <input type="checkbox"/> | Mérito escolar  | <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> Especificar: |

| SERVICIO SOCIAL               |          |
|-------------------------------|----------|
| Institución donde lo realizó: | Periodo: |
| Especificar actividades:      |          |

| OTROS ESTUDIOS SUPERIORES             |              |                          |              |   |          |                          |           |                          |       |
|---------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------|---|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| Nombre del curso:                     |              |                          |              |   |          |                          |           |                          |       |
| Nivel de estudios:                    | Licenciatura | <input type="checkbox"/> | Especialidad | <input type="checkbox"/>  | Maestría | <input type="checkbox"/> | Doctorado | <input type="checkbox"/> | Otro: |
| Institución:                          |              |                          |              |   |          |                          |           |                          |       |
| Ciudad:                               |              | País:                    |              |   | Periodo: |                          |           |                          |       |
| Estudios concluidos? SI ___ NO ___    |              |                          |              | En caso negativo, indicar semestre, módulo o créditos cursados: |          |                          |           |                          |       |
| Obtuvo Grado o Diploma? SI ___ NO ___ |              |                          |              |   |          |                          |           |                          |       |

## INFORMACION COMPLEMENTARIA

| <b>DOMINIO DE IDIOMAS (señale un porcentaje aproximado)</b> |                          |            |                                |                      |
|---|--------------------------|------------|--------------------------------|----------------------|
| Idioma  | Interpretación (lectura) | Traducción | Comunicación verbal (lo habla) | Comunicación escrita |
| Español (para extranjeros)                                  |                          |            |                                |                      |
| Inglés  |                          |            |                                |                      |
| otro  |                          |            |                                |                      |

| <b>PRACTICA PRIVADA EN ODONTOLOGÍA:</b> |        | <b>SI</b> _____ | <b>NO</b> _____ |
|---|--------|-----------------|-----------------|
| Periodo (s)                             | Lugar: |                 |                 |
|   |        |                 |                 |
|   |        |                 |                 |
|   |        |                 |                 |

| <b>EXPERIENCIA DOCENTE:</b> |         |                         | <b>SI</b> _____ | <b>NO</b> _____ |
|-----------------------------|---------|-------------------------|-----------------|-----------------|
| Institución                 | Periodo | Curso (s) impartido (s) |                 |                 |
|                             |         |                         |                 |                 |
|                             |         |                         |                 |                 |
|                             |         |                         |                 |                 |

| <b>EXPERIENCIA EN LA INVESTIACION:</b> |         |                     | <b>SI</b> _____ | <b>NO</b> _____ |
|--|---------|---------------------|-----------------|-----------------|
| Institución                            | Periodo | Título del proyecto |                 |                 |
|  |         |                     |                 |                 |
|  |         |                     |                 |                 |
|  |         |                     |                 |                 |

| <b>EXPERIENCIA PROFESIONAL:</b> |                                    |  | <b>SI</b> _____ | <b>NO</b> _____ |
|---------------------------------|------------------------------------|--|-----------------|-----------------|
| Cargos desempeñados             | Nombre de la Institución o empresa |  | Periodo         |                 |
|                                 |                                    |  |                 |                 |
|                                 |                                    |  |                 |                 |
|                                 |                                    |  |                 |                 |

| <b>ORGANIZACIONES PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE O HA PERTENECIDO</b> |         |
|--|---------|
| Nombre de la organización  | Periodo |
|  |         |
|  |         |
|  |         |

| <b>PUBLICACIONES:</b>    |                     |                                      |                      |
|--------------------------|---------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Título de la publicación | Tipo de publicación | Nombre de la revista<br>(en su caso) | Fecha de publicación |
|                          |                     |                                      |                      |
|                          |                     |                                      |                      |
|                          |                     |                                      |                      |

| <b>PRESENTACIONES EN CONGRESOS, SEMINARIOS, SIMPOSIA:</b> |                           |       |
|---|---------------------------|-------|
| Nombre del evento   | Título de la presentación | Fecha |
|   |                           |       |
|   |                           |       |
|   |                           |       |

| <b>DISTINCIONES RECIBIDAS:</b>                  |                           |       |
|---|---------------------------|-------|
| Nombre de la distinción, premio,<br>certificado | Título de la presentación | Fecha |
|   |                           |       |
|   |                           |       |
|   |                           |       |

| <b>ASISTENCIA A CURSOS, CONFERENCIAS, CONGRESOS (iniciar por las más recientes:</b> |                |       |
|---|----------------|-------|
| Nombre del evento   | Organizado por | Fecha |
|   |                |       |
|   |                |       |
|   |                |       |
|   |                |       |
|   |                |       |

| <b>BECAS:</b>         |               |             |
|-----------------------|---------------|-------------|
| Institución otorgante | Anterior (es) | Actual (es) |
|                       |               |             |
|                       |               |             |

**En cualquiera de las secciones, si los espacios no fueran suficientes, puede agregar un anexo con mayor información.**

| <b>MOTIVOS PERSONALES Y PROFESIONALES POR LOS QUE DESEA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE POSGRADO EN ESTA INSTITUCION</b> |  |
|---|--|
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

|  |                       |       |
|--|-----------------------|-------|
| <b>Bajo protesta de que todos los datos aquí escritos son verdaderos y se anexan copias fotostáticas que los comprueban.</b> |                       |       |
| _____  | _____                 | _____ |
| Nombre del solicitante   | Firma del solicitante | Fecha |

| <b>COPIAS FOTOSTATICAS DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN A ESTA SOLICITUD</b> |  |
|---|--|
| 1. Carta de exposición de motivos                                       |  |
| 2. Acta de nacimiento   |  |
| 3. Título profesional   |  |
| 4. Cedula profesional   |  |
| 5. Certificado de estudios  |  |
| 6. Comprobante de examen EGEL CENEVAL                                   |  |
| 7. Documento migratorio (en caso de extranjeros)                        |  |
| 8. CURP   |  |
| 9. Certificado médico   |  |
| 10. Carta de solvencia económica  |  |
| 11. Fotografías   |  |
| 12. Cartas de recomendación (2)   |  |
| 13. Curriculum vitae  |  |
| 14. Copia recibo de pago de curso                                       |  |
| 15. Otros (especificar)   |  |

**ESTA SECCION ES PARA SER LLENADA EXCLUSIVAMENTE POR LA UABC**

| <b>RESULTADOS</b>                    |           |           |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| Examen de conocimientos              |           |           |
| Examen del idioma inglés             |           |           |
| Examen psicométrico                  |           |           |
| Aprovechamiento de habilidades       |           |           |
| Entrevista con el Comité de Admisión |           |           |
| <b>ACEPTADO</b>                      | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>COMENTARIOS</b>                   |           |           |

