



FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA
JEFATURA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA
EXAMEN NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS (ENARM)
FORMATO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

DIRECCIÓN: _____
CALLE N°. COLONIA ALCALDÍA

C.P. ESTADO PAÍS

TELÉFONO CELULAR: _____ CASA/RECADOS: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA-MES-AÑO) _____ / _____ / _____

NÚM. DE IDENTIFICACIÓN: _____ / _____
INE PASAPORTE (EXTRANJEROS)

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____

PROMEDIO GENERAL DE LA CARRERA: _____

ESPECIALIDAD DE INTERÉS PARA EL ENARM: _____

CUÁNTAS VECES HA PRESENTADO EL ENARM: _____ FOLIO ENARM: _____

FORMACIÓN PROFESIONAL

<input type="checkbox"/> CÉDULA PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> TÍTULO	<input type="checkbox"/> CONSTANCIA SERV.SOCIAL
---	---------------------------------	---

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

<input type="checkbox"/> INE	<input type="checkbox"/> PASAPORTE	<input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS
------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

FIRMA: _____