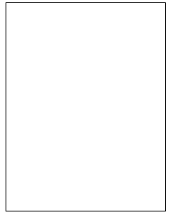




UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA HUMANA Y C.S. DEPTO ESCOLAR  
HOJA DE REINSCRIPCION  
MEDICO GENERAL  
PERIODO: AGOSTO - DICIEMBRE 2019



## PLAN B

\_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

Sexo: Masc.( ) Fem.( )      Edad: \_\_\_\_\_      Matrícula: \_\_\_\_\_

Mes y año de ingreso a la Facultad: \_\_\_\_\_      Trabaja:      SI ( )      NO ( )

Solicito se me inscriba en el:      SEMESTRE: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      como alumno ( ) Regular ( ) Irregular

Primero	Segundo	Tercero
<input type="checkbox"/> Introducción CS Salud <input type="checkbox"/> Int. CS Morfológicas <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Química General <input type="checkbox"/> Fisiología <input type="checkbox"/> Inglés I	<input type="checkbox"/> Bioestadística <input type="checkbox"/> Embriología <input type="checkbox"/> Anatomía Humana <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Histología <input type="checkbox"/> Biología Celular <input type="checkbox"/> Inglés II	<input type="checkbox"/> Metodología de la Inv. <input type="checkbox"/> Fisiopatología <input type="checkbox"/> Histopatología <input type="checkbox"/> Introducción a la Clín. Med. <input type="checkbox"/> Educación y Téc. Quir. <input type="checkbox"/> Inglés III
Cuarto	Quinto	Sexto
<input type="checkbox"/> Epidemiología Descriptiva <input type="checkbox"/> Historia y Fil. de la Med. <input type="checkbox"/> Biología Molecular <input type="checkbox"/> Psicología Médica <input type="checkbox"/> Microbiología <input type="checkbox"/> Farmacología <input type="checkbox"/> Inglés IV <input type="checkbox"/> Informática	<input type="checkbox"/> Epidemiología Analítica <input type="checkbox"/> Traumatología y Ortopedia <input type="checkbox"/> Gastroenterología <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Práctica Clínica I <input type="checkbox"/> Imagenología I <input type="checkbox"/> Terapéutica I <input type="checkbox"/> Patología Clínica I <input type="checkbox"/> Inglés V	<input type="checkbox"/> Salud Pública <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Inmunología <input type="checkbox"/> Hematología <input type="checkbox"/> Infectología <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Práctica Clínica II <input type="checkbox"/> Imagenología II <input type="checkbox"/> Terapéutica II <input type="checkbox"/> Patología Clínica II <input type="checkbox"/> Inglés VI
Séptimo	Octavo	Noveno
<input type="checkbox"/> Medicina Social <input type="checkbox"/> Endocrinología <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Reumatología <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/> Práctica Clínica III <input type="checkbox"/> Imagenología III <input type="checkbox"/> Terapéutica III <input type="checkbox"/> Patología Clínica III	<input type="checkbox"/> Prevención en Salud <input type="checkbox"/> Cardiología <input type="checkbox"/> Neumología <input type="checkbox"/> Nefrología <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Oncología <input type="checkbox"/> Práctica Clínica IV <input type="checkbox"/> Imagenología IV <input type="checkbox"/> Terapéutica IV <input type="checkbox"/> Patología Clínica IV	<input type="checkbox"/> Administración en Salud <input type="checkbox"/> Pediatría I <input type="checkbox"/> Obstetricia <input type="checkbox"/> Práctica Clínica V <input type="checkbox"/> Imagenología V <input type="checkbox"/> Terapéutica V <input type="checkbox"/> Patología Clínica V
Décimo	OBSERVACIONES: (GRUPO)	
<input type="checkbox"/> Medicina Comunitaria <input type="checkbox"/> Pediatría II <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> Medicina Legal <input type="checkbox"/> Práctica Clínica VI <input type="checkbox"/> Imagenología VI <input type="checkbox"/> Terapéutica VI <input type="checkbox"/> Patología Clínica VI		

Domicilio Actual: \_\_\_\_\_  
Calle    No.    Colonia

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre Madre o Tutor

Teléfono de Padre Madre o Tutor: \_\_\_\_\_