



UNIDAD ACADÉMICA DE
MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD



FOTO

SEMESTRE ENERO – JUNIO 2020
PLAN “A” (GRUPOS A,B,C,D)

Apellido Paterno _____ **Apellido Materno** _____ **Nombre(s)** _____

Matricula _____

Cuarto	Quinto	Sexto
<input type="checkbox"/> Epidemiología Descriptiva <input type="checkbox"/> Farmacología <input type="checkbox"/> Fisiopatología <input type="checkbox"/> Histopatología <input type="checkbox"/> Int. a la Clin.Med. <input type="checkbox"/> Educ. y Teq. Quirúrgicas <input type="checkbox"/> Inglés IV	<input type="checkbox"/> Epidemiología Analítica <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 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"/> Traumatología y Ortopedia <input type="checkbox"/> Gastroenterología <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Oftalmología <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"/> Cardiología <input type="checkbox"/> Neumología <input type="checkbox"/> Nefrología <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Oncología <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"/> Endocrinología <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Reumatología <input type="checkbox"/> Dermatología <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 <input type="checkbox"/> Medicina Legal
Décimo	OBSERVACIONES: (GRUPO)	
<input type="checkbox"/> Medicina Comunitaria <input type="checkbox"/> Pediatría II <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> Práctica Clínica VI <input type="checkbox"/> Imagenología VI <input type="checkbox"/> Terapéutica VI <input type="checkbox"/> Patología Clínica VI		

Domicilio Actual:

Colonia

Calle

#

N°

Teléfono Particular: _____

Nombre de Padre Madre o Tutor

Teléfono de Padre Madre o Tutor: _____

