



Instrucciones

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas que se formulan en el siguiente cuestionario, tus respuestas deben de ser honestas, en virtud de que este instrumento no te evalúa a ti como egresado, evalúa las condiciones de operación, organización y mecanismo de inserción de los egresados de los programas de Ciencias de la Salud al campo laboral.

Por tu cooperación recibe las gracias.

Información General

Matricula de Licenciatura: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombre (s): _____ sexo: _____

Estado Civil: _____

Lugar de Nacimiento

País: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Localidad: _____

Otros

Religión: _____

Ingreso Mensual Familiar: _____

Escolaridad del Padre: _____ Escolaridad de la Madre: _____

Ocupación del Padre: _____ Ocupación de la Madre: _____

Dependes económicamente de otra persona: _____

Cuántas personas dependen económicamente de ti: _____

Tu casa es: (propia, paga renta, la ocupan en otra situación, no especificado): _____

Antecedentes académicos

Bachillerato de Origen (público, privado): _____ Estado: _____

Municipio: _____ Escuela de procedencia: _____

Promedio del bachillerato: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Licenciatura: _____ A qué plan de estudios perteneces: _____

Campus: _____ Fecha de ingreso a la Licenciatura: _____

Fecha de egreso de la licenciatura: _____ Generación a la que perteneces: _____

¿Existió desfase?: _____ ¿Cuál fue la causa?: _____

Promedio al Egreso: _____ Forma de Titulación: _____



Información académica

Especialización: _____ Maestría: _____ Doctorado: _____

Institución que otorga diploma o grado: _____

Nombre del programa de Posgrado realizado: _____

En caso de haber realizado una especialidad médica indique el nombre del hospital en donde obtuvo el diploma: _____

Actividades de actualización (mayores de 25 horas): _____

Razones que influyeron para estudiar el posgrado: _____

Trabaja: _____ Tiempo que tardo en insertarse en el mercado laboral: _____

Tipo de empresa: _____ Nombre: _____

Puesto: _____ Actividad que realiza: _____

Ingreso mensual: _____ Antigüedad: _____

Tipo de empresa: _____ Nombre: _____

Puesto: _____ Actividad que realiza: _____

Ingreso mensual: _____ Antigüedad: _____

Tipo de empresa: _____ Nombre: _____

Puesto: _____ Actividad que realiza: _____

Ingreso mensual: _____ Antigüedad: _____

(Muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo)

Puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en la carrera: _____

Posibilidad de desarrollar ideas propias: _____ Trabajo en equipo: _____

El reconocimiento profesional alcanzado: _____

Posibilidad de coordinar un equipo de trabajo: _____

Posibilidad de responder a problemas de trabajo: _____



Universidad Autónoma de Chiapas
Facultad de Medicina Humana Dr. Manuel Velasco Suárez, Campus II



El contenido del trabajo/actividad: _____ El ambiente de trabajo: _____

El salario: _____ Posición jerárquica alcanzada: _____

Capacidad de responder antes problemas de relevancia: _____

Posibilidad de hacer algo de provecho para la sociedad: _____

Satisfacción con los ingresos económicos obtenidos: _____