



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DR. MANUEL VELASCO SUAREZ CAMPUS II
CALLE CENTRAL Y 10A. SUR S/N COL. CENTRO. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, MÉXICO. C.P. 29000.



Tel: 52 (961) 612 22 92

PROGRAMAS DE CALIDAD
MÉDICO CIRUJANO Y GERONTOLOGÍA

FORMATO DE INSCRIPCIÓN A ECOE

Fecha: _____

DRA. ANA MARÍA FLORES GARCÍA:

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, CAMPUS II
"MANUEL VELASCO SUAREZ"
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

Por este conducto solicito a Usted mi registro para aplicar la **Evaluación Clínica Objetiva Estructurada**, requisito indispensable para obtener el título de Médico Cirujano.

* Nombre: _____

* Matricula: _____ * Número Telefónico: _____

* Correo electrónico: _____

* Dirección completa: _____

* Hospital donde realiza el Internado Médico Pregrado: _____

Nombre y Firma de interesado, Padre o Tutor registrado :

