



Datos Personales

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

Nombre:

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

CURP o RFC:

Sexo: M ☐ F ☐

Domicilio:

Calle

No. Ext. No. Int.

Colonia

Delegación o Municipio

Entidad Federativa

C.P.

Contacto:

Teléfono Local (incluir Lada)

Teléfono Móvil

Correo Electrónico

Escolaridad

Solamente Educación Básica ☐

Plan de Estudios

/ Institución Educativa

/ Año de Egreso

/ No. Cédula Profesional

Técnico en:

Licenciatura en:

Especialidad en:

Maestría y/o

Doctorado en:

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta:

Pregrado

Posgrado

Actividad laboral

Institución(es) donde labora

Cargo(s) o Función(es)

Actividad de Educación Continua a inscribirse:

Nombre completo de la actividad:

CURSO PREVENCIÓN DEL CONFLICTO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES

Institución organizadora y sede:

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Modalidad:

Presencial ☐

Mixto ☐

A distancia ☒

Costo (M.N.): \$ 500.00

Fecha de inicio (dd/mm/aa): 16/02/26

Fecha de término (dd/mm/aa): 27/02/26

Firma de aceptación del Responsable Académico

Firma del solicitante