



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