



FORMATO
SERVICIO DE ACCESO REMOTO (AR) A LA BIBLIOTECA MÉDICA DIGITAL

➔ Llenar el formato con LETRA LEGIBLE

FECHA DE SOLICITUD			
	Día	Mes	Año

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

FECHA DE NACIMIENTO			
	día	mes	año

NÚMERO DE CUENTA O NÚMERO DE EMPLEADO	
---------------------------------------	--

TELÉFONO			
	Oficina	Celular	Casa

SITUACIÓN ACADÉMICA

ALUMNO DE LA FACULTAD DE MEDICINA		ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA		OTRO	
-----------------------------------	--	--------------------------------------	--	------	--

INSCRITO A

LICENCIATURA EN:			
MAESTRÍA EN:			
DOCTORADO EN:			
ESPECIALIDAD EN:			
SUBESPECIALIDAD EN:			
OTRO (ESPECIFIQUE):			
FECHA DE INSCRIPCIÓN:		DURACIÓN DEL PROGRAMA AL QUE ESTÁ INSCRITO:	

HOSPITAL O SEDE:	
------------------	--

CORREO ELECTRÓNICO:	
---------------------	--

DOCUMENTOS ANEXOS	COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN		CREDENCIAL DE LA FM		OTRO (ESPECIFIQUE)	
-------------------	----------------------------	--	---------------------	--	--------------------	--

 Firma del Solicitante