



**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA GRADUARSE DE MAestrÍA BAJO LA  
MODALIDAD DE: **ENSAYO CRÍTICO**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

Ciencias Médicas	( )	Humanidades en Salud	( )
Ciencias de la Salud	( )	Ciencias Odontológicas Básicas	( )
Ciencias Sociomédicas	( )	Ciencias Odontológicas Clínicas	( )
		Investigación Clínica Experimental en Salud	( )

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. Cta. \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE EGRESO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD ACADÉMICA/ \_\_\_\_\_  
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN

Cd. Universitaria, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Anexar proyecto de investigación completo,  
engargolado.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA  
ENTIDAD Y/O CAMPO DISCIPLINARIO