



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

**ACREDITACIÓN DE JURADO PARA EXAMEN DE GRADO DE MAESTRÍA**

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 ACADEMICA/ \_\_\_\_\_  
 CAMPO DISCIPLINARIO

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

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**LA VIGENCIA DE ACREDITACIÓN SERÁ DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL ACUERDO**

NOMBRE	ADSCRIPCIÓN	JUSTIFICACIÓN	Columnas que llena la Coordinación del Programa	
			ANTIGÜEDAD	NIVEL

Deberá anexar:

- ✓ Carta del tutor notificando que la tesis reúne la originalidad y calidad suficiente para ser sometida a consideración el jurado de examen de grado.
- ✓ Tesis engargolada confirmas del tutor, del responsable de la Entidad Académica y del alumno.

Cd. Universitaria, Cd. Mx, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

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

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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA **PRESENTAR EXAMEN DE GRADO** DE MAESTRÍA

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 ACADEMICA/ \_\_\_\_\_  
CAMPO DISCIPLINARIO

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

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Modalidad

Tesis ( )  
 Ingreso al Doctorado ( )

Cd. Universitaria, Cd. Mx, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

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

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

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



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

SOLICITUD DE

**PRÓRROGA PARA REALIZAR LOS TRÁMITES CONDUCENTES A LA OBTENCIÓN DEL GRADO**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

Ciencias Médicas ( )  
Ciencias de la Salud ( )  
Ciencias Sociomédicas ( )

Humanidades en Salud ( )  
Ciencias Odontológicas Básicas ( )  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cd. Universitaria, Cd. Mx. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

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

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

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

