



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

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE PUBLICACIÓN**

**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 TUTORES: \_\_\_\_\_

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

TÍTULO DEL ARTÍCULO PUBLICADO:

TÍTULO DE LA REVISTA, AÑO, VOLUMEN Y PÁGINA DE EDICIÓN:

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

Anexar: Copia del artículo y/o copia de carta de aceptación formal y copia del artículo a publicar.

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

\_\_\_\_\_  
Nombres y firmas del Comité Tutor