

 ISSSTE <small>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</small>	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 1 de 3	 EDN ESCUELA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN <small>Dr. José Quintán Olascoaga Moncada Fundada en 1945</small>
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-30	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Cuestionario de datos Estadísticos Posgrado	Fecha de revisión: 09/09/2025	

POSGRADO

Folio Ceneval: _____

Matrícula Ceneval: _____

Datos personales

(Poner N/A en caso de que no aplique)

Nombre de el/la aspirante:		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad		Sexo			
Estado civil	No. de hijos	CURP		RFC			
Domicilio:	Calle	No. Ext		No. Int			
Colonia	Código Postal	Alcaldía o Municipio		Entidad Federativa			
Tel. Particular	Tel. Trabajo	Ext.	Celular		Otro		
E-mail			E-mail alternativo				

Datos Escolares

Institución en donde estudió la Licenciatura		Carrera	
Promedio General	Certificado	Título	Cédula
Entidad Federativa donde estudió la Licenciatura:	Número de Cédula		
¿Cuenta con otros estudios? (especifique)			

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 2 de 3	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-30	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Cuestionario de datos Estadísticos Posgrado	Fecha de revisión: 09/09/2025	

Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde Trabaja		Teléfono (s)	
Puesto que Desempeña		Horario	Antigüedad
Funciones que desempeña _____			
Área (s) en que labora Nutrición clínica ☐ Nutrición comunitaria ☐ Tecnología alimentaria ☐ Servicios de alimentos ☐	Investigación ☐ Administración de ☐ Servicios ☐ Consultoría ☐	Otro (especifique) _____	

Datos Familiares

¿Quién es el principal sostén económico de la familia?	
¿De quién dependes económicamente?	
Sólo si vives en el interior de la República Mexicana	
Si eres aceptado, donde residirás en el Ciudad de México en vivienda: (	
Propia ☐	Rentada ☐ Abuelos ☐ Tíos ☐ Otro (especifique) _____

Datos Médicos

¿Padece alguna enfermedad?	☐ NO ☐ SI	¿Cuáles?	_____
¿Padece alergias?	☐ NO ☐ SI	¿Cuál (es)?	_____
Deficiencias auditivas	☐ NO ☐ SI	¿Cuál (es)?	_____
¿Actualmente estas bajo tratamiento médico?	☐ NO ☐ SI	¿Cuál?	_____
¿Tomas algún medicamento?	☐ NO ☐ SI	¿Cuál (es)?	_____
¿Estas embarazada?	☐ NO ☐ SI	Tiempo de gestación	_____

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 3 de 3	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-30	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 05	
	Cuestionario de datos Estadísticos Posgrado	Fecha de revisión: 09/09/2025	

Otros

Medio por el que te enteraste de la Escuela de Dietética y Nutrición		
Periódico ()	Internet ()	Familiares ()
Radio ()	Amigos ()	Ex-alumno ()
Orientación Vocacional ()		
Otro (especifique)		
Mencione porqué decidió estudiar el Posgrado		
Mencione porqué desea ingresar a esta escuela		
¿Aplicó para ingresar a otra institución?	☐ Si ☐ No	Nombre de la Institución Maestría

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que toda la información vertida en el presente, es verídica; y asumo con pleno conocimiento las políticas y que la falta de algún requisito o documento solicitado por la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, será improcedente la inscripción.

Ciudad de México a ____/____/____.

Nombre y Firma de la/el Aspirante