
	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 1 de 3	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-30	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 03	
	Cuestionario de datos Estadísticos Posgrado	Fecha de revisión: 10/07/2023	

POSGRADO

Folio Ceneval: _____



Matrícula Ceneval: _____

Datos personales

Nombre del 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	
E-mail		E-mail alternativo					

Datos Escolares

Institución en donde estudió la Licenciatura		Carrera	
Certificado <input type="text"/>		Título <input type="text"/>	
Cédula <input type="text"/>		Número de Cédula <input type="text"/>	
Promedio General			
Entidad Federativa donde estudió la Licenciatura: _____			
¿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: 03	
	Cuestionario de datos Estadísticos Posgrado	Fecha de revisión: 10/07/2023	

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	<input type="checkbox"/>	Investigación	<input type="checkbox"/>
Nutrición comunitaria	<input type="checkbox"/>	Administración de Servicios	<input type="checkbox"/>
Tecnología alimentaria	<input type="checkbox"/>	Consultoría	<input type="checkbox"/>
Servicios de alimentos	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>
Rentada	<input type="checkbox"/>
Abuelos	<input type="checkbox"/>
Tíos	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) _____	

Datos Médicos

¿Padece alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	¿Cuáles? _____
¿Padece alergias?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	¿Cuál (es)? _____
Deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	¿Cuál (es)? _____
¿Actualmente estas bajo tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
¿Cuál?	_____		
¿Tomas algún medicamento?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	¿Cuál (es)? _____
¿Estas embarazada?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Tiempo de gestación _____

	Escuela de Dietética y Nutrición	Hoja 3 de 3	
	Dirección	Código: FRM-SNA-UCE-30	
	Subdirección de Niveles Académicos	Versión: 03	
	Cuestionario de datos Estadísticos Posgrado	Fecha de revisión: 10/07/2023	

Otros

Medio por el que te enteraste de la Escuela de Dietética y Nutrición

Periódico () Internet () Familiares () Orientación Vocacional ()
Radio () Amigos () Ex-alumno () Otro (especifique)

Mencione porqué decidió estudiar el Posgrado

Mencione porqué desea ingresar a esta escuela

¿Aplicó para ingresar a otra institución?

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> 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 del Aspirante