



# Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Órgano Asesor de la Secretaría de Salud

## Solicitud de Ingreso 2026

| Datos Generales del Candidato                             |                 |                     |  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|--|
|                                                           |                 |                     |  |
|                                                           | Primer Nombre   | Segundo Nombre      |  |
|                                                           |                 |                     |  |
| Fotografía                                                | Primer Apellido | Segundo Apellido    |  |
| Licenciatura                                              |                 |                     |  |
| Especialidad 1                                            |                 |                     |  |
| Especialidad 2                                            |                 |                     |  |
| Maestría                                                  |                 |                     |  |
| Doctorado                                                 |                 |                     |  |
| Área de Interés                                           |                 |                     |  |
| Lugar de Nacimiento                                       |                 | Fecha de Nacimiento |  |
| Edad                                                      |                 | Dirección           |  |
| Celular                                                   |                 |                     |  |
| Otro Teléfono                                             |                 | Email               |  |
| Académicos que hacen la propuesta (Solicitud avalada por) |                 |                     |  |
| 1. Académico                                              |                 |                     |  |
| 2. Académico                                              |                 |                     |  |
| 3. Académico                                              |                 |                     |  |
| 4. Académico                                              |                 |                     |  |
| 5. Académico                                              |                 |                     |  |



# Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Órgano Asesor de la Secretaría de Salud

## Solicitud de Ingreso 2026

| Educación de Grado y Postgrado                          |                             |                             |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Licenciatura                                            |                             |                             |
| Fecha de Examen Profesional                             |                             |                             |
| Fecha de Título Profesional                             |                             |                             |
| Fecha de Diploma (Especialidad 1)                       |                             |                             |
| Fecha de Diploma (Especialidad 2)                       |                             |                             |
| Fecha de Diploma Maestría                               |                             |                             |
| Fecha de Diploma Doctorado                              |                             |                             |
| Cotejo                                                  |                             |                             |
| Cédula Licenciatura                                     |                             |                             |
| Cédula de Especialidad 1                                |                             |                             |
| Cédula de Especialidad 2                                |                             |                             |
| Cédula de Maestría                                      |                             |                             |
| Cédula de Doctorado                                     |                             |                             |
| Certificaciones                                         |                             |                             |
| Fecha Primer Certificación del Consejo (Especialidad 1) |                             |                             |
| Fecha Última Certificación del Consejo (Especialidad 1) |                             |                             |
| Fecha Primer Certificación del Consejo (Especialidad 2) |                             |                             |
| Fecha Última Certificación del Consejo (Especialidad 2) |                             |                             |
| Actividad Asistencial o Institucional                   |                             |                             |
| Primer Actividad Asistencial                            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino                               |                             |                             |
| Duración                                                |                             |                             |
| Institución                                             |                             |                             |
| Segunda Actividad Asistencial                           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino                               |                             |                             |
| Duración                                                |                             |                             |
| Institución                                             |                             |                             |



# Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Órgano Asesor de la Secretaría de Salud

## Solicitud de Ingreso 2026

| Actividad Docente            |                             |                             |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Actividad Docente            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino    |                             |                             |
| Duración                     |                             |                             |
| Institución                  |                             |                             |
| Actividad de Tutor Académico | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino    |                             |                             |
| Duración                     |                             |                             |
| Institución                  |                             |                             |
| Actividad en Investigación   |                             |                             |
| Actividad de Investigación   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino    |                             |                             |
| Duración                     |                             |                             |
| Institución                  |                             |                             |
| Actividad Administrativa     |                             |                             |
| Actividad Administrativa     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino    |                             |                             |
| Duración                     |                             |                             |
| Institución                  |                             |                             |
| Actividad Editorial          |                             |                             |
| Actividad Editorial          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Inicio y termino    |                             |                             |
| Duración                     |                             |                             |
| Institución                  |                             |                             |
| Revisor de Revista           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| En que Revista               |                             |                             |
| Miembro de Consejo Editorial | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| En que Revista               |                             |                             |



# Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Órgano Asesor de la Secretaría de Salud

## Solicitud de Ingreso 2026

### Academias y Sistemas Nacionales

¿Pertenece a alguna de las siguientes Academias o Sistemas?

|                                                                |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Academia Nacional de Medicina                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Academia Mexicana de Cirugía                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Academia Nacional de Ciencias                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Sistema Nacional de Investigadores                             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Sistema de investigación de los Institutos Nacionales de Salud | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

### Sociedades Médicas y/o Científicas

Sociedades Médicas o Científicas a las que pertenece

|     |  |
|-----|--|
| 1.  |  |
| 2.  |  |
| 3.  |  |
| 4.  |  |
| 5.  |  |
| 6.  |  |
| 7.  |  |
| 8.  |  |
| 9.  |  |
| 10. |  |

### Distinciones Académicas

Distinciones Académicas Recibidas

Año

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |



# Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Órgano Asesor de la Secretaría de Salud

## Solicitud de Ingreso 2026

### Producción Científica y/o Actividad Editorial

|                                                    |              |                 |                      |
|----------------------------------------------------|--------------|-----------------|----------------------|
| No. de artículos en revistas como primer autor     | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de artículos en revistas como último autor     | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de artículos en revistas como autor intermedio | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. De artículos como autor correspondiente        | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de libros editados como autor                  | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de libros editados como coautor                | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de capítulos en libros como autor              | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de capítulos en libros como coautor            | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. de monografías                                 | Total: _____ | Nacional: _____ | Internacional: _____ |
| No. Consensos, guías                               |              |                 |                      |
| No. de citas en el Science Citation Index          |              |                 |                      |

### Otros estudios

|                                                                                          |                                  |                                  |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
|                                                                                          |                                  |                                  |                                   |
| Diplomado                                                                                | 3 meses <input type="checkbox"/> | 6 meses <input type="checkbox"/> | 12 meses <input type="checkbox"/> |
| Profesor de Diplomado                                                                    | 3 meses <input type="checkbox"/> | 6 meses <input type="checkbox"/> | 12 meses <input type="checkbox"/> |
| Curso de alta especialidad                                                               | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor titular de curso de alta especialidad                                           | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor adjunto de curso de alta especialidad                                           | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor ayudante de curso alta especialidad                                             | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor titular de cursos o materias de pregrado                                        | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor adjunto de cursos o materias de pregrado                                        | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor ayudante de cursos/materias de pregrado                                         | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor titular de cursos o materias de posgrado                                        | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor adjunto de cursos/materias de posgrado                                          | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor ayudante de cursos/materias de posgrado                                         | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor titular de cursos o materias de enfermería, inhaloterapia, rehabilitación, etc. | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor adjunto de cursos o materias de enfermería, inhaloterapia, rehabilitación, etc. | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |
| Profesor ayudante de cursos o materias de                                                | SI <input type="checkbox"/>      |                                  | NO <input type="checkbox"/>       |



# Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Órgano Asesor de la Secretaría de Salud

## Solicitud de Ingreso 2026

|                                                                                                      |                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| enfermería, inhaloterapia, rehabilitación, etc.                                                      |                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                          |
| Otros (anotar cual)                                                                                  |                                                                                | SI <input type="checkbox"/>                                                   | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                              |
| Tutor de:                                                                                            |                                                                                | Tesis Licenciatura<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Maestría<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Doctorado<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Revisor de artículos de revistas                                                                     |                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                       | Nacional <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/>                                                                 |
| Editor de revista<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                         | Coeditor de revista<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Nacional <input type="checkbox"/>                                             | Internacional <input type="checkbox"/>                                                                                                   |
| Pertenencia a comité editorial de revista<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                | Nacional <input type="checkbox"/>                                             | Internacional <input type="checkbox"/>                                                                                                   |
| Pertenencia a comités de su institución                                                              |                                                                                | SI <input type="checkbox"/>                                                   | NO <input type="checkbox"/>                                                                                                              |
| Pertenencia a comités de investigación<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |                                                                                | Nacional <input type="checkbox"/>                                             | Internacional <input type="checkbox"/>                                                                                                   |
| Otras actividades                                                                                    |                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                          |
| 1.                                                                                                   |                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                          |
| 2.                                                                                                   |                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                          |
| 3.                                                                                                   |                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                          |

***Nota: Para validar la información es indispensable adjuntar todos los documentos probatorios en fotocopia, que serán indispensables para su evaluación.***