



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	( )

NIVEL MAESTRÍA ( ) DOCTORADO ( )

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. Cta. \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE EGRESO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD ACADÉMICA/ \_\_\_\_\_  
CAMPO DISCIPLINARIO/  
CAMPO DE ESTUDIOS PRINCIPAL

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

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_

TÍTULO DEL ARTÍCULO PUBLICADO:

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

Cd. Universitaria, D.F., 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 (Doctorado únicamente)