



“SOLICITUD DE CAPACITACIÓN”

DATOS DE IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Nombre del trabajador _____

CURP _____ Matrícula _____:

OOAD _____ Unidad Médica / UMAE _____

Servicio de adscripción _____

Categoría contractual _____ Turno _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____ Fecha _____

PARA SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR:

I. ¿Dónde desea capacitarse?

En el IMSS

Fuera del IMSS(*)

(*) Las gestiones para una capacitación fuera del IMSS las debe realizar el solicitante.

II. Título de la capacitación:

III. Sede para realizar la capacitación:

IV. Fechas tentativas de la capacitación:

V. Describa los objetivos de la capacitación mencionada:

VI. De las siguientes líneas prioritarias (de la Dirección de Prestaciones Médicas) elija las que, en este momento, considera necesarias para desempeñarse mejor en su actividad laboral:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares y circulatorias | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Traumatología y ortopedia | <input type="checkbox"/> Neoplasias malignas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los órganos de los sentidos | <input type="checkbox"/> Enfermedades digestivas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias crónicas | <input type="checkbox"/> Condiciones neurológicas |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes mentales y de comportamiento | <input type="checkbox"/> Sobrepeso y obesidad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad por SARS-CoV-2 | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva, condiciones neonatales y anomalías congénitas |
| <input type="checkbox"/> Errores Innatos del metabolismo | <input type="checkbox"/> Detección de Atresia de Vías Biliares |
| <input type="checkbox"/> Consulta de control del niño sano | <input type="checkbox"/> Acciones preventivas en el menor de cinco años |
| <input type="checkbox"/> Atención materna integral | <input type="checkbox"/> Infecciones asociadas a la atención en salud |
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años | <input type="checkbox"/> Resistencia antimicrobiana |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP) | |





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Educación en Salud
División de Educación Permanente en Salud

VII. Especifique el nivel de prevención:

() Primaria () Secundaria () Terciaria () Cuaternaria

VIII. El Jefe de Servicio describirá la utilidad de la capacitación para el área de desempeño laboral del trabajador:

Nombre y firma del Jefe de Servicio

FIRMA DEL TRABAJADOR

AVISO DE PRIVACIDAD: La información que se proporcione a través del formulario, se utilizarán para establecer contacto con los usuarios en relación a sus solicitudes de capacitación, puede ser incluida dentro de los informes que se elaboran para el seguimiento de avances institucionales del IMSS, los cuales serán meramente estadísticos y no incluirán información que permita identificarle en lo individual, asimismo, serán protegidos en términos de los artículos 3, 113 fracción I, 117 y demás correlativos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de los Lineamientos de Protección de Datos Personales y demás normatividad aplicable en la materia.

