



“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 una o dos que, en este momento, considera necesarias para desempeñarse mejor en su actividad laboral:

- | | |
|---|---|
| () Enfermedades cardiovasculares y circulatorias | () Diabetes Mellitus |
| () Traumatología y ortopedia | () Neoplasias malignas |
| () Enfermedades de los órganos de los sentidos | () Enfermedades digestivas |
| () Enfermedades respiratorias crónicas | () Condiciones neurológicas |
| () Desórdenes mentales y de comportamiento | () Sobrepeso y obesidad |
| () Enfermedad por SARS-CoV-2 | () Salud reproductiva, condiciones neonatales y anomalías congénitas |
| () Errores Innatos del metabolismo | () Detección de Atresia de Vías Biliares |





Consulta de control del niño sano

Acciones preventivas en el menor de cinco años

Atención materna integral

Infecciones asociadas a la atención en salud

Resistencia antimicrobiana

Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años

VIH

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

