



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
"BENITO JUÁREZ" DE OAXACA  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Licenciatura en Medicina y  
Cirugía Nivel CIEES  
acreditada por COMAEM  
Coordinación General Académica



**XVIII** PREMIO DE CIENCIAS MÉDICAS  
**DR. RAMÓN JIMÉNEZ CABALLERO**  
Beca de excelencia académica  
**2026**

El premio **DR. RAMÓN JIMÉNEZ CABALLERO** es otorgado al estudiante de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) en reconocimiento a su destacado desempeño académico y espíritu humanitario con la esperanza que sea un valioso miembro del cuerpo médico nacional quienes contribuirán a la prosperidad de su comunidad y del Estado de Oaxaca.

En su décimo octavo aniversario luctuoso, El Comité de Seattle, Washington. U.S.A, ha decidido otorgar un primer lugar.

#### ELEGIBILIDAD

El candidato (a) deberá estar en el 5º año de la licenciatura de Médico Cirujano, en la Facultad de Medicina y Cirugía de la UABJO. Tener un promedio general mínimo de 9.0. Este premio se otorga con preferencia a estudiantes débiles socioeconómicamente y de zonas rurales.

Entregar evidencia documental que demuestre haber participado en servicio comunitario, constancias firmadas por organizaciones sociales, instituciones públicas, autoridad municipal.

Queda sin validez constancias de la Cruz Roja.

Entregar constancias que demuestren sus diversas experiencias de compromiso y espíritu de servicio a la comunidad y Facultad de Medicina.

**Recepción de documentos hasta lunes 18 de mayo de 2026 a las 12:00 hrs.**

El premio consiste en:  
**1 Primer lugar.**

Diploma  
Medalla de plata  
Efectivo de \$1,000.00 USD (dólares americanos o su equivalente en pesos)

El reconocimiento se llevará a cabo de manera pública durante la Ceremonia de Graduación de la Generación 2026. Los fondos para el premio son financiados por Ramón Jiménez Caballero Medical Sciences Prize Committee, Seattle, Washington, USA, y en México, que buscan hacer homenaje a la vida profesional y el destacado compromiso de servicio del Dr. Jiménez Caballero.

**INSTRUCCIONES:** Llenar esta solicitud y adjuntar constancia de promedio general. Entregar dos copias de la solicitud y constancia con la Lic. Verónica Ríos García en Dirección (planta alta).

Comuníquese al 951-571-9595 y/o al correo electrónico premio.ciencias.fmc.uabjo@gmail.com para enviarle el formulario electrónico y resolver dudas.

El comité de selección dará el premio durante la ceremonia de graduación

- Nombre \_\_\_\_\_
- Apellidos \_\_\_\_\_
- Grupo en la Facultad de Medicina \_\_\_\_\_
- Número de matrícula \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
- Sexo: Femenino  Masculino
- Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_
- Dirección \_\_\_\_\_
- Teléfono de casa \_\_\_\_\_
- Celular \_\_\_\_\_
- Dirección de e-mail \_\_\_\_\_

**Sección A**  
Datos personales del  
candidato

**Sección B**  
Características socio-  
económicas del (de la)  
candidato (a)

12. Estado civil (Favor de seleccionar una opción):  
Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)
13. ¿Tiene hijos? Si  No
14. Si la respuesta anterior es afirmativa, favor de seleccionar el número de hijos (as):  
Uno (a)  Dos  Más de tres hijos (as)
15. ¿Tiene dependientes económicos (aquellas personas a las que usted mantiene)?  
Si  No
16. si la respuesta anterior es afirmativa, favor de señalar el número de dependientes económicos y su relación con usted:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. ¿Cómo puede describir su situación económica actual?  
(Favor de señalar la opción que mejor la describa):  
Precaria  Restringida  Estable  Solvente
18. ¿Usted trabaja? Si  No
19. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿cuál es su periodo laboral? (Favor de seleccionar una opción):  
Medio tiempo (menos de 24 hrs. por semana)   
Tiempo completo (más de 40 hrs. por semana)
20. Por favor, mencione el monto total de sus ingresos mensuales (sin impuestos): \_\_\_\_\_
21. En caso de contar con experiencia laboral relevante, por favor enliste sus tres últimos empleos en orden cronológico iniciando con su empleo actual:  
Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Responsabilidades: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Responsabilidades: \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Responsabilidades: \_\_\_\_\_

22. ¿Cuál es su promedio académico general? (hasta el último ciclo de exámenes)
23. ¿Hay alguna razón en particular por la cual usted crea que su desempeño académico no fue el esperado?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. ¿Cuáles fueron las materias en las que alcanzó sus calificaciones más altas?  
(Favor de señalar tres)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
25. ¿Tiene pensado realizar alguna especialidad? Si  No
26. ¿Por qué? \_\_\_\_\_
27. ¿Cuál es su nivel de inglés? (Favor de seleccionar una opción)  
Profesional  Intermedio  Bajo  Nulo
28. en caso de haber contestado de manera afirmativa la pregunta número 25, ¿qué especialidad tiene pensado realizar y por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección C**  
Evaluación académica

(Por favor responda en menos de una cuartilla, añadir esta información en otra hoja, anexas documentación comprobatoria)

29. Favor de mencionar aquellas experiencias vivenciales que usted considera demuestran su compromiso de servir a otros a través de la carrera de medicina.
30. ¿Cuáles cree usted que sean los principales retos dentro del ámbito de la medicina en el Estado de Oaxaca y cómo espera usted lograr un impacto positivo?

**Sección D**  
Potencial Profesional

Nombre y firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Oaxaca de Juárez, Oax.