



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO PARA LA "SOLICITUD DE CARTA DE NECESIDAD (STATEMENT OF NEED)"**

1. El formato podrá ser llenado a través de medios electrónicos, para lo cual, la fuente deberá ser letra Arial tamaño 10.
2. Si es llenado con letra de molde, deberá ser legible y escrita con tinta negra o azul.

**SOLICITUD DE CARTA DE NECESIDAD (STATEMENT OF NEED)**

**Dra. Laura Cortés Sanabria**  
**Directora General de Calidad y Educación en Salud**  
Av. Marina Nacional #60, Piso 8 ala B, Col. Tacuba, D.T.  
Miguel Hidalgo, C.P. 11410, Ciudad de México

Subsecretaría de Integración Sectorial y  
Coordinación de Servicios de Atención Médica  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

**Atención:** Dr. Teodoro Adolfo Serrano Moya  
Subdirector Normativo en Servicios de Salud

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>Nombre(s) y apellidos completos*</b>	Nombre(s) y apellidos completos con o sin acentos según corresponda, sin abreviaturas, en altas y bajas
<b>Nacionalidad</b>	Nacionalidad del solicitante
<b>Domicilio actual completo</b>	Domicilio actual particular o legal, comenzando por el nombre de la calle, número exterior e interior, Colonia o Barrio, Demarcación Territorial o Municipio, Estado, País y Código Postal
<b>Teléfono</b>	Número telefónico fijo y móvil
<b>Correo Electrónico</b>	Correo electrónico actual
<b>Especialidad a cursar en el extranjero*</b>	Nombre de la especialidad en idioma Español e Inglés
<b>Nombre y Domicilio completos de la Sede Receptora en el Extranjero</b>	Nombre o razón social de la Institución de Salud Sede; el domicilio comenzando por el nombre de la calle, número exterior e interior, Condado, Estado, Código de Área y País
<b>Nombre(s) de la persona(s) designada(s) para recojer la carta</b>	Nombre(s) y apellidos completos sin abreviaturas, en altas y bajas (Los datos deberán coincidir con los de la identificación oficial de la persona designada).

\* **NOTA:** Con los datos anteriores, se emitirá la carta de necesidad, por lo que el solicitante deberá verificar que los mismos sean correctos, en caso de error por causas imputables a aquel, **no se emitirá una nueva carta** hasta transcurridos al menos 6 meses de la emisión de la anterior.



Gobierno de  
**México**

Salud  
Secretaría de Salud



Me permito solicitar a usted, la emisión de una "Carta de Necesidad" (Statement of Need) a nombre del suscrito, la cual forma parte de los requisitos que la Comisión Educativa para Médicos Graduados Extranjeros (**EDUCATIONAL COMMISSION FOR FOREIGN MEDICAL GRADUATES**) y el Gobierno de los Estados Unidos de América solicitan para la tramitación y obtención de la Visa tipo J-1 para los visitantes que participan en los programas para la promoción del intercambio cultural, específicamente en formación.

Los motivos que me impulsan a estudiar una especialidad en los Estados Unidos de América son:

Orden de importancia	MOTIVOS (Anotar en forma breve y concreta los motivos que considera para estudiar la especialidad médica en el extranjero, en orden de mayor a menor importancia)
1º	
2º	
3º	

Al existir la necesidad en México de profesionales que cuenten con las habilidades que busco adquirir por medio de los estudios señalados en la citada institución, me comprometo a regresar a México, al concluir mi entrenamiento y notificarlo a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud o a la Unidad Administrativa de la Secretaría de Salud que corresponda.

***Declaro bajo protesta de decir verdad que la información, datos proporcionados y exposición de motivos son ciertos.***

Fecha

— DD — MM — AA —

(Haz clic en la flecha para desplegar el Calendario y selecciona, la fecha del trámite)

## ATENTAMENTE

Nombre completo y firma del solicitante

*Nombre(s), apellidos completos y firma autógrafa del solicitante*

Formato: DGCES/DPNS/001-2024

