

DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA GRADUADA

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA INTERNADO ROTATORIO

La siguiente es una lista de documentos requeridos para poder considerar su solicitud de Internado rotatorio en el Bayamón Medical Center y Puerto Rico Women and Children's Hospital.

- _____ 1. Cumplimentar el formulario de Solicitud de Internado en maquinilla o letra de molde (legible).
- _____ 2. Resume/CV
- _____ 3. Una foto 2x2
- _____ 4. Notas de la Reválida y/o USMLE (Original)*
- _____ 5. Diploma Médico (Original)*
- _____ 6. Transcripción de Créditos de Premédica y Escuela de Medicina (Original)*
- _____ 7. Dos cartas de recomendación de Supervisores que hayan tenido relación con la Educación Médica del candidato (recientes no más de seis meses).
- _____ 8. Certificado Médico (forma provista) y Certificado de Salud Pública.
- _____ 9. Certificado Negativo de Antecedentes Penales de menos de un año De expedido de su lugar de Residencia por los últimos cinco (5) años.
- _____ 10. Ley 300
- _____ 11. Firmar (Autorización a que se releve información confidencial)
- _____ 12. ACLS (Advance Cardiopulmonary Life Support), CPR (BLS)
- _____ 13. Evidencia de solicitud de la licencia provisional de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
- _____ 14. Evidencia de Vacunas
- _____ 15. I.D. con foto o Pasaporte / S.S.

NOTA:

*La secretaria de Educación Médica Graduada validará las copias al ver el original al momento de la entrevista.

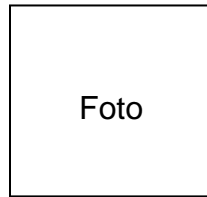
*Los documentos deberán ser enviados vía e-mail a jsanchez@prwch.com o sguzman@prwch.com.

DEPARTAMENTO DE EDUCACION MÉDICA GRADUADA

P.O. Box 1999

Bayamón, PR 00960

Teléfono: 787-474-8282 ext. 458835/458830



SOLICITUD AL PROGRAMA DE INTERNADO 20_____

1. Nombre:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

2. Dirección Residencial:

3. Dirección Postal:

4. Teléfono residencia: () _____ E-mail: _____

Trabajo: () _____ Otro: _____

5. Fecha nacimiento: ____/____/____ Lugar Nacimiento _____

6. Seguro Social: ____/____/____ Ciudadanía: _____

7. Sexo: () Femenina () Masculino

8. Nombre del Cónyuge: _____ Teléfono Trabajo () _____

9. Familiar o conocido que pueda comunicarse con usted:

Nombre: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____

Solicitud al Programa de Internado

10. Educación: (Incluir toda la educación académica y profesional a partir del colegio, educación médica y adiestramientos técnicos; enumerarlos en orden cronológico).

EDUCACION	NOMBRE DE LA INSTITUCION Y DIRECCION	GRADO	MES-AÑO DESDE	MES-AÑO HASTA
Colegio (Univ.)				
Esc. de Medicina				
Otros				

11. Exámenes de Reválida de Puerto Rico:

Parte I _____
 Nota _____ Fecha _____

Parte II _____
 Nota _____ Fecha _____

Parte III _____
 Nota _____ Fecha _____

12.

Step 1 _____
 Nota _____ Fecha _____

Step 2: CK _____
 Nota _____ Fecha _____

Step 2: CS _____
 Nota _____ Fecha _____

Step 3 _____
 Nota _____ Fecha _____

13. Referencias Personales:

a) _____
 Nombre Dirección

Solicitud al Programa de Internado

Teléfono: () _____

b) _____
Nombre Dirección

Teléfono: () _____

14. Preguntas:

a) ¿Está usted participando del *National Intern Matching Program*?

Sí _____ No _____ Especifique: _____

b) ¿Tiene usted o ha tenido algún defecto físico o mental que pueda interferir con su trabajo como médico?

Sí _____ No _____ Especifique: _____

c) ¿Ha sido usted convicto por algún delito?

Sí _____ No _____ Especifique: _____

d) ¿Usted habla, entiende y escribe el idioma español?

_____ Habla _____ Entiende _____ Escribe

e) ¿Usted habla, entiende y escribe el idioma inglés?

_____ Habla _____ Entiende _____ Escribe

FIRMA: _____

FECHA: _____

Solicitud al Programa de Internado

CERTIFICADO MEDICO

NOMBRE: _____ FECHA: ____/____/____

HISTORIAL PRESENTE:

Historial Pasado	Candidato	Comienzo/ Duración	Familia Candidato
1. Asma Bronquial			
2. Diabetes Mellitus			
3. Hipertensión			
4. Enfermedades cardiovasculares			
5. Artritis			
6. Úlcera Péptica			
7. Cáncer			
8. Enfermedad Mental			
9. Operaciones			
10. Otras			

Certificado Médico
Página - 2 -

Nombre: _____

EXAMEN FISICO:

PESO: _____ lbs. PRESION: _____ HEENT: _____

PULMONES: _____ CORAZON: _____ ABDOMEN: _____

EXTREMIDADES: _____ STATUS MENTAL: _____

FAVOR DE INDICAR CON UNA [X]

_____ **SI**, El candidato está capacitado física, mental y emocionalmente para entrar en un programa de adiestramiento.

_____ **NO**, El candidato no está capacitado física, mental o emocionalmente para entrar en un programa de adiestramiento. (Explique)

Firma del Médico

Fecha: ____/____/____

Nombre del Médico (letra de Molde)

Licencia: _____

Dirección

AUTORIZACION A QUE SE RELEVE INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, _____,
solicitante para el Programa de Internado Rotatorio del Bayamón Medical Center y Puerto Rico Women and Children's Hospital (BMC/PRWCH) localizados en Bayamón, Puerto Rico, por la presente autorizo a representantes de de dicho programa a que obtengan información correspondiente de parte de entidades o individuos que hayan sido mis patronos o quienes yo haya trabajado.

Estoy consciente que dicha información será utilizada por el Comité de Admisiones del Programa de Internado Rotatorio del BMC/PRWCH, para el único propósito de evaluar mi solicitud a dicho programa.

Por la presente, también autorizo a mis patronos anteriores o personas con quien yo haya trabajado a divulgar información sobre mi persona y la forma en que trabaje con ellos a representantes autorizados del Programa de Internado Rotatorio del BMC/PRWCH.

Por la presente, relevo de responsabilidad alguna tanto a mis patronos anteriores como a las personas con quien yo haya trabajado anteriormente, así como también al Programa de Internado Rotatorio del BMC/PRWCH de cualquier responsabilidad que surja debido a la divulgación de dicha información. PARA QUE ASI CONSTE, firmo la presente autorización en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma del Solicitante

***La Ley Federal Número 91-508 establece que le indiquemos acerca de la investigación de rutina que haremos preliminarmente para obtener información de sus patronos anteriores y de las instituciones Educativas donde usted haya estado.**

DEPARTAMENTO DE EDUCACION MÉDICA GRADUADA

P.O. Box 1999

Bayamón, PR 00960

Teléfono: 787-474-8282 ext. 458835/458830