

## 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.

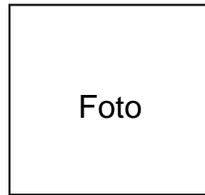
\*Los documentos deberán ser enviados vía e-mail a [jsanchez@prwch.com](mailto:jsanchez@prwch.com) o [sguzman@prwch.com](mailto:sguzman@prwch.com).

**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
<b>Colegio (Univ.)</b>				
<b>Esc. de Medicina</b>				
<b>Otros</b>				

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:

---

---

---

---

---

<b>Historial Pasado</b>	<b>Candidato</b>	<b>Comienzo/ Duración</b>	<b>Familia Candidato</b>
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