

**SOLICITUD
PROGRAMA DE INTERNADO**

Documentos Para Acompañar en la Solicitud

- Dos (2) fotos 2 X 2 recientes
- Copia resultados de Reválida de Puerto Rico o USMLE
- Copia transcripción de créditos escuela de medicina
- Copia Diploma de Médico
- Certificado de Antecedentes Penales o de Buena Conducta de su país de residencia (no más de 3 meses de expedido)
- Certificado de vacunas y títulos de *Hepatitis B y Varicela*
- Vacuna de Influenza
- Certificado de Salud
- Curriculum Vitae
- CPR, ACLS, PALS
- Evidencia de expediente en proceso de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica
- Dos (2) cartas de recomendación dirigidas a:

**Hosp. Auxilio Mutuo San Pablo
Att. Programa de Internado
Dr. Pablo Bisonó Rodríguez, Director
PO Box 236
Bayamón, PR 00960**

Si usted es graduado de una escuela de medicina no acreditada por el “Liaison Committee on Medical Education” (LCME), se exigirá lo siguiente:

1. No se aceptará ninguna solicitud sin resultados de Reválida o USMLE;
2. **Deberá entregar la solicitud con todos los documentos solicitados; no se considerarán solicitudes incompletas.**
3. De no ser aceptado, tiene un (1) año para reclamar sus documentos, de lo contrario dispondremos de estos.
4. **Es requisito que el solicitante hable y escriba español con fluidez; de no cumplir con este requerimiento no será considerado para el Programa. (MUST SPEAK AND WRITE SPANISH FLUENTLY, OTHERWISE YOU WILL NOT BE CONSIDERED FOR A POSITION IN THE PROGRAM.)**
5. **La entrevista es requisito y parte del proceso de evaluación. No se harán entrevistas por teléfono, Skype o Facetime.**
6. **El ser llamado a entrevista no es garantía de haber sido aceptado al Programa de Internado, entiéndase, no es garantía de aceptación.**
7. **El Departamento de Educación Médica no recibirá a ninguna persona a menos que haya sido citado a entrevista.**

Comentarios: _____

Favor enviar la solicitud completa con los documentos al siguiente email: internado@auxiliosanpablo.com

Fecha de solicitud _____ Año para el que solicita _____

Nombre _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Tel. _____ Cel. _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Sexo _____ Ciudadanía _____ Estado Civil _____

Dependientes _____ Correo Electrónico _____

EDUCACION

Elemental:

De _____ a _____
(mes/año) (mes/año) Institución _____
Diploma obtenido _____

Superior:

De _____ a _____
(mes/año) (mes/año) Institución _____
Diploma obtenido _____

Universidad:

De _____ a _____
(mes/año) (mes/año) Institución _____
Diploma obtenido _____

Escuela de Medicina:

De _____ a _____
(mes/año) (mes/año) Institución _____
Diploma obtenido _____

Solicitud de Internado
Hospital Auxilio Mutuo San Pablo

Exámenes aprobados: (favor incluir copia de resultados)

a. Reválida de PR	Sí () No ()	Parte I	II	III		
b. USMLE	Sí () No ()	Parte I	CK	CS	ECFMG	

Licencias (favor incluir copias)

a. País/Estado _____ Año _____

b. País/Estado _____ Año _____

Experiencia de trabajo relacionado (favor incluir fechas y lugares e incluir un Curriculum Vitae)

Idiomas que escribe y habla con fluidez _____

Otra información pertinente

Referencias:

(1) Nombre _____ Tel. _____

Dirección _____

(2) Nombre _____ Tel. _____

Dirección _____

Favor enviar la solicitud completa con los documentos al siguiente email: internado@auxiliosanpablo.com