

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 y COVID-19 vigente
- Certificado de Salud
- Curriculum Vitae
- CPR, ACLS, PALS- Presencial (Requisito para comenzar internado)
- Evidencia de expediente en proceso de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica- (Requisito para comenzar internado)
- Dos (2) cartas de recomendación dirigidas a:

**Hosp. Auxilio Mutuo San Pablo
Att. Programa de Internado
Dr. Jorge Rivera Kirkconnell, Director
internado@auxiliosanpablo.com**

Si usted es graduado de una escuela de medicina no acreditada por el “Liaison Committee on Medical Education” (LCME), se exigirá certificado de ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) o el resultado de por lo menos una parte de la Revalida de P.R. o el USMLE.

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. **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.)**
4. **La entrevista es presencial y parte del proceso de evaluación. No se harán entrevistas por teléfono, TEAMS o Facetime.**
5. **El ser llamado a entrevista no es garantía de haber sido aceptado al Programa de Internado.**
6. **El Departamento de Educación Médica no recibirá a ninguna persona a menos que haya sido citado a entrevista.**

SOLICITUD DE INTERNADO

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

Superior:

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

Universidad:

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

Escuela de Medicina:

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

Solicitud de Internado
Hosp 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	ECFMG

Licencias (favor incluir copias)

a. País/Estado _____ Año _____
b. País/Estado _____ Año _____

Experiencia de trabajo relacionado (favor incluir fechas y lugares)

Idiomas que escribe y habla con fluidez _____

Otra información pertinente (puede incluir el Curriculum Vitae)

Referencias:

(1) Nombre _____ Tel. _____

Dirección _____

(2) Nombre _____ Tel _____

Dirección _____