



## DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA

### DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA INTERNADO ROTATORIO

La siguiente es una lista de documentos requeridos para poder considerar su solicitud de Internado rotatorio en el Hospital Manatí Medical Center.

- \_\_\_\_\_ 1. Cumplimentar el formulario de Solicitud de Internado en maquinilla o letra de molde (legible).
- \_\_\_\_\_ 2. Resume
- \_\_\_\_\_ 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 (Influenza, Varicela, Hepatitis B, COVID-19)
- \_\_\_\_\_ 15. I.D. con foto o Pasaporte / S.S.

**NOTA:** \*La secretaria de Educación Médica validará las copias al ver el original al momento de la entrevista.  
\*Los documentos deberán ser enviados vía e-mail a [neydas@mmcaol.com](mailto:neydas@mmcaol.com) o [vjimenez@mmcaol.com](mailto:vjimenez@mmcaol.com).



Foto

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: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE EDUCACION MÉDICA**

P.O. Box 1142

Manatí, PR 00674-1142

Teléfono: 787-621-3700 ext. 1239

Fax: 787-621-3266

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. Otros Exámenes: \_\_\_\_\_

13. Referencias Personales:

a) \_\_\_\_\_  
 Nombre Dirección

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: \_\_\_\_\_

/nms

REVISADA: noviembre 2018



**DEPARTAMENTO DE EDUCACION MÉDICA**

P.O. Box 1142

Manatí, PR 00674-1142

Teléfono: 787-621-3700 ext. 1239

Fax: 787-621-3266

Solicitud Para Puesto de Interno  
Manatí, Puerto Rico

**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. Ulcera Péptica			
7. Cáncer			
8. Enfermedad Mental			
9. Operaciones			
10. Otras			

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

/nms

REVISADA: agosto 2021



**AUTORIZACION A QUE SE RELEVE INFORMACION CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_, solicitante para el Programa de Internado Rotatorio del Manatí Medical Center localizado en Manatí, 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 Manatí Medical Center de Manatí, 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 Manatí Medical Center.

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 Manatí Medical Center 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**

P.O. Box 1142  
Manatí, PR 00674-1142  
Teléfono: 787-621-3700 ext. 1239  
Fax: 787-621-3266

Revisada: agosto 2021