



Centro Médico Militar  
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud  
Dirección de Posgrados

**Solicitud de ingreso al Programa de Residencias del Centro Médico Militar a las Especialidades Médicas Clínicas, en convenio con la Universidad Mariano Gálvez**

Número de Expediente: \_\_\_\_\_ Código  
Especialidad: \_\_\_\_\_

1. Primer Nombre: \_\_\_\_\_
2. Segundo Nombre: \_\_\_\_\_
3. Primer Apellido: \_\_\_\_\_
4. Segundo Apellido: \_\_\_\_\_
5. Apellido de Casada: \_\_\_\_\_
6. Número de Teléfono Casa: \_\_\_\_\_
7. Teléfono Celular: \_\_\_\_\_
8. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
9. Documento personal de identificación (DPI): \_\_\_\_\_
10. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
11. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
12. Dirección de Residencia Habitual (incluir Municipio y Departamento):  
\_\_\_\_\_
13. Edad: \_\_\_\_\_
14. Número de Colegiado: \_\_\_\_\_
15. Universidad donde se graduó: \_\_\_\_\_
16. Fecha de Ingreso a la Universidad: Año \_\_\_\_\_
17. Fecha de Graduación: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_
18. Fecha de Colegiación: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_
19. Título de Tesis de Graduación \_\_\_\_\_

20. Especialidad a la que desea ingresar \_\_\_\_\_

21. Porque deseo formarme en esa especialidad (3 razones): \_\_\_\_\_

---

---

---

22. Porque deseo formarme en el Hospital Centro Médico Militar (3 razones):

---

---

---

23. Ha realizado entrenamiento parcial en la especialidad que solicita u otras especialidades.

Si \_\_\_\_\_ Que especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Entrega:** \_\_\_\_\_