



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: _____