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

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____

No se aceptará repitentes en la misma especialidad, aunque sea en otro hospital.

Firma del Médico: _____

Fecha de Entrega: _____