



**Solicitud de ingreso al Programa de Segunda especialidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en convenio con la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala**

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. Maestría o especialidad: \_\_\_\_\_
16. Universidad donde se graduó: \_\_\_\_\_
17. Fecha de graduación de maestría o especialidad: año \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_
18. Título de tesis de graduación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Especialidad a la que desea ingresar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de entrega:** \_\_\_\_\_