

**Solicitud de ingreso al Programa de Residencias para las Especialidades Médicas  
Clínicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia 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. 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. ¿Por qué deseo formarme en esa especialidad? (3 razones):

---

---

---

22. ¿Hospital dónde desea hacer su especialidad?

		1 <sup>a</sup> opción	2 <sup>a</sup> opción
001.	Chimaltenango	<input type="text"/>	<input type="text"/>
002.	Coatepeque	<input type="text"/>	<input type="text"/>
003.	Huehuetenango	<input type="text"/>	<input type="text"/>
004.	San Benito, Petén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
005.	San Marcos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
006.	Cobán	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para las especialidades que se desarrollan en más de un hospital, puede usted marcar una segunda opción, si no llegará a calificar en el primer hospital puede existir la oportunidad en el segundo si quedan plazas pendientes de adjudicar.

23. ¿Por qué deseo formarme en el hospital que solicito? (3 razones):

---

---

---

24. Ha realizado residencia parcial en la especialidad que solicita u otras especialidades.

Si: \_\_\_\_\_ ¿Qué especialidad? \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ lugar: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

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

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

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

**Observaciones:**

Ginecología y Obstetricia:	Huehuetenango, San Marcos, Coatepeque, Chimaltenango, San Benito, Petén y Cobán.
Pediatría:	Huehuetenango, San Marcos, Coatepeque, Chimaltenango, San Benito, Petén y Cobán.
Medicina Interna:	Huehuetenango, San Benito Petén y San Marcos.
Cirugía General:	Huehuetenango y San Marcos.
Traumatología y Ortopedia:	San Marcos.