

Ficha de Antecedentes
Especialidades Médicas Primarias UOH
Habilitación Concurso Cupos Autofinanciados

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos

--

RUT

Nacionalidad:

--	--

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Género

--	--	--	--	--

Dirección de Residencia:

--

Comuna:

Ciudad:

--	--

Teléfono:

Correo electrónico:

--	--

Título Medico Cirujano

Universidad de Egreso	Año de Titulación	País	Nota de Título	Calificación Médica Nacional	Percentil EUNACOM

II. PROGRAMA DE POSTULACIÓN

Programa de Especialidad en:

--

III. ANTECEDENTES LABORALES DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Señale el año, nombre del cargo, centro de salud y área en que se desempeñó laboralmente

--

IV. NOMBRE DE REFERENCIAS PROFESIONALES Y/O ACADÉMICAS

Con la finalidad de solicitar las cartas de recomendación por parte de la Dirección de Postgrado, debe indicar el nombre, correo y vínculo institucional de la persona recomendadora.

Nombre y apellido	Correo electrónico	Institución

V. PARTICIPACIÓN EN SIMPOSIOS, CONFERENCIAS O CONGRESOS

Incluya su participación como expositor/a en simposios, conferencias o congresos (Puede agregar filas si considera pertinente).

Tipo de instancia	Título	Institución organizadora	Fecha

VI. TRABAJOS CIENTÍFICOS

Indique los principales trabajos publicados, incluya sus referencias en formato APA. (Puede agregar filas si considera pertinente).

Cita de la referencia

VII. CURSOS O ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA

Indique la asistencia y participación en cursos relacionados con la especialidad a la que postula. (Puede agregar filas si considera pertinente).

[illegible]

--	--	--	--

VIII. OTROS ANTECEDENTES

Indique antecedentes adicionales que usted desee consignar

--

Acepto que los antecedentes presentados son verídicos y fidedignos, los cuales serán revisados en la carpeta digital compartida	
	FIRMA