

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA GRADUADA DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA INTERNADO ROTATORIO

La siguientes es una lista de documentos requeridos para poder considerar su solicitud de internado rotatorio en el Hospital Mayagüez Medical Center.

- ___ 1. Cumplimentar el formulario de Solicitud de Internado en computadora o letra de molde legible.
- ___ 2. CV
- ___ 3. Una foto 2X2
- ___ 4. Notas de los USMLE original Y/O Revalida
- ___ 5. Diploma Medico
- ___ 6. Transcripción de Créditos de Premédica y Escuela de Medicina
- ___ 7. Dos cartas de recomendación de Supervisores que hayan tenido relación con la Educación Médica del Candidato (recientes no más de seis meses).
- ___ 8. Certificado Médico (forma provista) y Certificado de Salud Pública.
- ___ 9. Certificado Negativo de Antecedentes Penales de menos de un año de expedido de su lugar de Residencia por los últimos cinco (5) años.
- ___ 10. Ley 300
- ___ 11. Firma (Autorización a que se releve información confidencial)
- ___ 12. ACLS (Advance Cardiopulmonary Life Support), CPR (BLS)
- ___ 13. Evidencia de solicitud de la licencia provisional de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Medica de Puerto Rico
- ___ 14. Evidencia de Vacunas desde la niñez
- ___ 15. I.D. con foto o Pasaporte / S.S

NOTA: Se validarán las copias al ver el original al momento de entrevista.

Los documentos deberán ser enviados vía email damaris.vasquez@mayaguezmedical.com



MAYAGÜEZ MEDICAL CENTER
ROTATING INTERNSHIP
DEPARTMENT OF
GRADUATE MEDICAL EDUCATION

PO BOX 600
MAYAGUEZ, PR 00681

Attach Recent Photograph

1. Name

Last paternal Maternal First Middle

2. Social Security Number

XXX-XX- _____

I am applying to the following graduate program starting on:

Rotational Year:

3. Permanent Address

4. Phone Number (Home)

(____) _____ - _____

5. Mailing Address

6. Cellular Number

(____) _____ - _____

7. Name and Phone number of person through whom I can always be contacted

8. Citizenship:

____ US ____ Other

Specify: _____

9. Date of Birth

10. Birth Place

Month/ Day/ Year

11. E-mail:

12. Civil Status

____ Married ____ Single

13. Do you Speak and write Spanish?

____ Speak

____ Write

____ Both

MEDICAL EDUCATION

14. Medical School(s) (Name)

(City) (State)

15. Month/Year of Admission to Medical School

16. Month/Year of anticipated Graduation

17. Honors/Awards

GRADUATE EDUCATION

18. Graduate School

Date Attended
From To

Graduate Degree

Area of Study

a. Name

(City) (State)

b. Name

(City) (State)

INTERSHIP OR RESIDENCY TRAINING

19. Name

(City) (State)

Name

(City) (State)

UNDERGRADUATE EDUCATION

20. Undergraduate College(s)
Study

Date Attended
From To

Graduate Degree

Area of

a.

b.

25. Are you participating in the National Intern Matching Program ____ Yes ____ No
Specify: _____

26. Have you ever involved in, or pending, any malpractice actions?
Specify: _____

27. Do you have or have had any physical or mental illness that might in any way interfere with the proper performance of your duties as a physician?
____ Yes ____ No
Specify: _____

28. Have you been convicted any felony charges? ____ Yes ____ No
Specify: _____

29. References: List below name of your references and ask them to write directly to the Director of Medical Education with copy to the Chairman of the respective Department (these should be physicians who have supervised you directly). Two letters of recommendations must be sent.

A. Name	B. Name
(Address)	(Address)
(City) (Zip)	(City) (Zip)

INSTRUCTIONS

1. Enclose one recent photograph, original diplomas, certified transcripts of Premedical and Medical Education.
2. If graduate form a foreign University or Hospital Documento must be legalized.
3. Certificate of No Penal Record.
4. Recommendation letters (two).
5. Dean's letter.
6. Licensure documents.

I certify that all information is correct and authorize to consult or request information about.
Signature of Applicant: _____ Date: _____

Action taken by Office of Admission Committee Program Hospital
 Admitted Not Admitted



CERTIFICACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Tel: () _____
MM/DD/YY

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

EVALUACIÓN MÉDICA

A. HISTORIAL MÉDICO:

1. Marque aquellas enfermedades o condiciones que padece o ha padecido:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza severo | <input type="checkbox"/> Indigestión crónica |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Enfermedades estómago, hígado o intestinos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades en los ojos | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de oído, nariz, garganta | <input type="checkbox"/> Enfermedad vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Alergias nasales | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Azúcar o albumina en orina |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> Piedras en riñón |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Parálisis o neuritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Tumores, quistes o cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad musculoesquelética | |

8. El medico examinador deberá revisar el historial médico y examen físico.
Ofrecerá en este espacio cualquier comentario que estime importante con relación a la información obtenida del solicitante.

9. Para uso del médico examinador:

Luego de haber evaluado la información antes descrita, certifico que el Dr. _____

Está capacitado para trabajar: _____ Sin ningún tipo de restricciones

_____ Con las restricciones especificadas a continuación:

_____ Fecha _____ Nombre (letra de molde) _____ Firma _____

_____ Licencia _____ Teléfono _____

Dirección:

MENTAL STATUS EVALUATION

Name: _____ Age: _____

Sex: _____ Male _____ Female

Marital Status: _____ Single _____ Married _____ Separated _____ Divorced _____ Widow

Prior Psychiatric treatment: _____ No _____ Yes, Explain: _____

History of present illness: For the following, please check circle or complete all appropriate items.		
<input type="checkbox"/> Depressed or irritable mood <input type="checkbox"/> Feelings of worthlessness or inappropriate guilt <input type="checkbox"/> Impaired concentration or cognition <input type="checkbox"/> Substance Use: ___ No ___ Yes Explain: _____ <input type="checkbox"/> Insomnia or Hypersomnia <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Lack of interest and motivation		
<input type="checkbox"/> Other: _____		
Family History: (Please check, circle or complete all that apply).		
<input type="checkbox"/> Psychiatric illness <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Drugs and Alcohol <input type="checkbox"/> Other: _____		
Mental Status Exam: (Please check, circle or complete all that apply).		
<input type="checkbox"/> Well-developed Orientation: Speech: Mood: Affect: Thought Process: Thought Content: Sensorium: Judgment:	<input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Euthymic <input type="checkbox"/> Normal range <input type="checkbox"/> Logical, coherent, goal, directed <input type="checkbox"/> No perceptual disturbances <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Cloudy <input type="checkbox"/> Impaired	<input type="checkbox"/> In no apparent distress <input type="checkbox"/> Place <input type="checkbox"/> Time <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Other _____

- After evaluating above described information, I hereby certify that _____ is able to work WITHOUT ANY KIND OF RESTRICTIONS.
- After evaluating above described information, I hereby recommend that _____ SHOULD BE EVALUATED BY A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL, TO OBTAIN A THOROUGH PSYCHOLOGICAL EVALUATION.

Evaluating Physician's Signature

Print Name

Lic.

Date



AUTORIZACIÓN A QUE SE RELEVE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, solicitante para el Programa de Internado Rotatorio del Mayagüez Medical Center localizado en Mayagüez, Puerto Rico, por la presente autorizo a representantes de dicho programa a que obtengan información correspondiente de parte de entidades o individuos que hayan sido mis patronos o quienes yo haya trabajado.

Estoy consciente que dicha información será utilizada por el Comité de Admisiones del Programa de Internado Rotatorio del Mayagüez Medical Center de Mayagüez, para el único propósito de evaluar mi solicitud a dicho programa.

Por la presente, también autorizo a mis patronos anteriores o personas con quien yo haya trabajado a divulgar información sobre mi persona y la forma en que trabaje con ellos a representantes autorizados del Programa de Internado Rotatorio del Mayagüez Medical Center.

Por la presente, relevo de responsabilidad alguna tanto a mis patronos anteriores como a las personas con quien yo haya trabajado anteriormente, así como también al Programa de Internado Rotatorio del Mayagüez Medical Center de cualquier responsabilidad que surja debido a la divulgación de dicha información. PARA QUE ASI CONSTE, firmo la presente autorización en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma del Solicitante

***La Ley Federal Número 91-508 establece que le indiquemos acerca de la investigación de rutina que haremos preliminarmente para obtener información de sus patronos anteriores y de las instituciones Educativas donde usted haya estado.**

Atención: Damaris Vazquez
DEPARTAMENTO DE EDUCACION MÉDICA
P.O. Box 600
Mayagüez, PR 00681-0600
Teléfono: 787-652-9200 ext. 72219-72226
Fax: 787-833-5544

Revisada: julio 2022