



ESCUELA DE MEDICINA UANDES

SOLICITUD DE ROTACIÓN DE INTERNADO ELECTIVO 2016

NOMBRE:		RUT:	CELULAR:
PERÍODO INTERNADO (14 SEMANAS):			
NOTA LICENCIATURA:			
NOTA DE INTERNADO		NOTA INTERNADO	NOTA PRE-TÍTULO
	GINECOLOGÍA		
	PEDIATRÍA		
	CIRUGÍA		

INTERNADOS	CAMPOS CLÍNICOS UANDES	CAMPOS CLÍNICOS EXTERNOS	ESPECIALIDAD	DOCENTE RESPONSABLE (Nombre completo, cargo, mail)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	CANTIDAD DE SEMANAS
ELECTIVO 1							
ELECTIVO 2							
ELECTIVO 3							
ELECTIVO 4							

NOTA: EN EL CASO DE REQUERIR ESPECIALIDAD EN ALGÚN CAMPO CLÍNICO EXTERNO DEBEN LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRE COMPLETO DR. RESPONSABLE, CARGO Y CORREO ELECTRÓNICO.