



Comisión de Educación Médica Continua
**FORMULARIO DE INSCRPCION
EXAMEN DE CONOCIMIENTOS MÉDICOS GENERALES**



IMPRIMA EL FORMULARIO Y LLENELO EN IMPRENTA

FECHA DEL EXAMEN: _____

Correo Electrónico:	
Nombres:	Apellidos:
Cédula/Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Índice Académico:
Nacionalidad:	
Dirección:	
Teléfono Residencia:	Trabajo: Celular:
Año de Ingreso a la Universidad:	
Año que obtuvo el Título de Doctor en Medicina:	
Universidad:	País:
INDIQUE DONDE REALIZA O REALIZÓ EL I Y II AÑO DE INTERNADO Y LA FECHA	
1 AÑO	
Hospital:	
Provincia:	
Fecha de Inicio:	Finalización:
2 AÑO	
Hospital:	
Provincia:	
Fecha de inicio:	Finalización:
ES MÉDICO Idóneo: Sí NO	En trámite (fecha):
Especialidad a que aspira:	
Indique si realizó el Examen en años anteriores	Sí No
Firma del Aspirante:	Fecha:
Si un familiar o conocido quien llena este formulario	
Nombre:	Firma:
Cédula:	Parentesco:
Autorizado por:	
Fecha:	
Adjunto al presente formulario deben traer:	
1. Formulario de inscripción y Anexo 1 (documento de términos y condiciones del examen), llenado en computadora o a mano en letra imprenta legible y firmado a puño y letra	
2. Una (1) foto carnet reciente.	
3. Una (1) fotocopia de cédula o pasaporte vigente.	
4. Una (1) fotocopia del Certificado de Idoneidad o constancia de que está en trámite de idoneidad por el Consejo Técnico de Salud, o certificación del hospital donde está realizando el internado que debe indicar la fecha de inicio y finalización del primero o segundo año de internado.	
* EL REGLAMENTO DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS MÉDICOS GENERALES se encuentra en la página Web Facultad de Medicina, Oficina de Educación Continúa.	

Aprobado en Consejo Departamental No. 1-2023 del 27 de marzo de 2023
Aprobado en Junta de Facultad No. 2-2023 del 28 de marzo de 2023
Aprobado en Consejo Académico No. 6-23, celebrada el 14 de junio de 2023