|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE REGISTRO CONCURSO PARA ESTUDIOS DE POSGRADO EN MEDICINA** | | | | | | | | | | |
| **ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD:** | | | | | Elija un elemento. | | | | | |
| **Datos Generales** | | | | | | | | | | |
| Nombres y apellidos: | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | |
| Identidad o pasaporte: | | número con guiones. | | | | | Estado Civil: | | | Elija. |
| Elegir | Elegir | | | Elegir | | Elegir | | | | Elegir |
| Edad: | Sexo | | | Numero hijos: | | Nacionalidad | | | | Departamento/provincia |
|  |  | | |  | | | | |  | |
| Tel Celular № | Tel Fijo № | | | Correo Electrónico Personal | | | | Correo electrónico Alternativo | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estudios – Procedencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Universidad: | | | Elegir | | | | | | | | País: | | | | Elegir | | | | | | |
| email. Univ.: | | |  | | | | | | | | Teléfono: | | | |  | | | | | | |
| Año ingreso: |  | | | Año Graduación: | | | |  | | | | | | índice de Graduación (%): | | | | | | |  |
| **Dirección de Residencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAIS | | | | | Departamento | | | | | | | | | Municipio | | | | | | | |
| Elegir | | | | | Elija un elemento. | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Lugar | | | | | Barrio o colonia | | | | | | | | | Teléfono fijo | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Situación Laboral Profesional** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empleo | Nombre Inst. A: | | | | |  | | | | | | | | | | | Elegir de A | | Elegir | | |
| Seleccionar | Nombre Inst. B: | | | | |  | | | | | | | | | | | Elegir de B | | Elegir | | |
| email. Inst. A: | | |  | | | | | | | | | Tel. Inst. A: | | | | | |  | | | |
| email. Inst. B: | | |  | | | | | | | | | Tel. Inst. B: | | | | | |  | | | |
| **Condición de Tu Salud** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad: |  | | | | | | Tratamiento: | |  | | | | | | | Discapacidad: | | | | Elegir | |
| Diagnóstico: | |  | | | | | | | | Terapia: | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Doy Fe que he leído y entendido las instrucciones del instructivo publicado en la web para proceso de admisión a los posgrados clínicos de la UNAH al que me someto con pleno conocimiento. | | | | | |
| Lugar, País: |  | | Fecha: | pulse para fecha. | |
|  | | |  | |  |
| Firma y sello médico | |  | Huellas índices | | |