

REQUISITOS PARA SOLICITAR PUESTO DE  
RESIDENTE EN MEDICINA DE FAMILIA

1. Cumplir con uno de los siguientes requisitos:
  - a. Médicos graduados de escuelas de medicina acreditadas por LCME
    - i. USMLE Parte I y Parte II (CK y CS)
  - b. Médicos graduados de escuelas de medicina no acreditadas por LCME
    - i. USMLE Parte I y Parte II (CK y CS)
    - ii. ECFMG Certification
  - c. Licencia Permanente PR (con exámenes tomados después del 2009)
2. Cumplimentar la solicitud incluida en letra de molde (legible) o maquinilla.
3. Debe acompañar la solicitud con los siguientes documentos:
  - a. Dos fotos 2 x 2 recientes
  - b. Resumé o Curriculum Vitae
  - c. Personal Statement
  - d. Diploma de Escuela de Medicina (original)
  - e. Resultados exámenes:
    - i. USMLE
    - ii. Reválida
  - f. Certificado ECFMG (si aplica)
  - g. Transcripción USMLE o Reválida (según aplique)
  - h. Copia Licencia Permanente (si aplica)
  - i. Good Standing (si aplica)
  - j. Copia de registro de profesionales (si aplica)
  - k. Copia de Colegiación (si aplica)
  - l. Copia de ACLS / PALS
  - m. Transcripción de Créditos de la escuela de la universidad donde curso estudios pre-médica (original).

- n. Transcripción de créditos escuela de medicina (original).
- o. Carta de la Oficina de Decano de la escuela de medicina indicando su posición académica relativa en su clase y describiendo sus cualidades morales.
- p. Dos cartas de recomendación de fechas recientes de profesores de la Escuela de Medicina donde se graduó y/o facultativos del *Manatí Medical Center*. Si han estudiado fuera de Puerto Rico exigimos por lo menos una carta de algún profesor o preceptor clínico de la escuela de medicina donde estudió y/o algún médico que lo haya supervisado en un trabajo previo.
- q. Médicos que hayan realizado Internado tienen que presentar diploma del Programa y/o carta de terminación y copias de las evaluaciones de rotaciones realizadas.
- r. Certificado de Salud (forma provista)
- s. Certificado Negativo de Antecedentes Penales (6 meses)
- t. Certificado Ley 300 (1 año)
- u. Evidencia Vacunas (Hep B, Varicela, Influenza)
- v. Documentos para I-9 (Pasaporte / Identificación con foto y seguro social)

3. Firmar hoja de autorización para solicitar información confidencial del candidato.

4. Llevar a cabo entrevistas con miembros del Comité de Admisión. **(Solo se citarán a los candidatos que cumplan con TODOS los requisitos).**

**Nota:** \*La Secretaria de Educación Médica validará las copias al ver los originales al momento de la entrevista.

\*Los documentos deberán ser enviados via e-mail a [neydas@mmcaol.com](mailto:neydas@mmcaol.com) o [vjimenez@mmcaol.com](mailto:vjimenez@mmcaol.com).

/nms

Rev: noviembre 2018

### APPLICATION FOR RESIDENCY TRAINING

**Appointment to begin:** July 1st, \_\_\_\_\_

1. Name: \_\_\_\_\_

2. Physical Address:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Postal Address:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Telephone: ( ) \_\_\_\_\_ Home ( ) \_\_\_\_\_ Work  
( ) \_\_\_\_\_ Cel. Email: \_\_\_\_\_

5. Birth Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Place of birth \_\_\_\_\_  
S.S. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6. Name of Spouse: \_\_\_\_\_ Phone: ( ) \_\_\_\_\_

7. Do you speak and write Spanish? \_\_\_\_\_ speak \_\_\_\_\_ write

8. Do you speak and write English? \_\_\_\_\_ speak \_\_\_\_\_ write

9. Pre-medical Education: \_\_\_\_\_

Completion Date: \_\_\_\_\_ Degree: \_\_\_\_\_

10. Medical School: \_\_\_\_\_

Completion Date: \_\_\_\_\_

11. Post-Graduate Education (Internship): \_\_\_\_\_

Completion Date: \_\_\_\_\_

12. Puerto Rico Board of Medical Examiners:

Part I \_\_\_\_\_ Part II \_\_\_\_\_ Part III \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

13. USMLE Exam:

Part I \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Part II CK \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CS \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Part III \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

14. ECFMG Certification: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Certification # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

15. Puerto Rico Permanent License: \_\_\_\_\_

16. Previous Work Experience (If more than three (3) use back of sheet):

<u>Position</u>	<u>Supervisor</u>	<u>Address / Telephone</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

17. Other References:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Research / Publications:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Questions:

a. Are you participating in the National Intern Matching Program?

\_\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_\_ No    Specify: \_\_\_\_\_

b. Do you have or ever had any physical or mental impairment that could interfere with your performance as a doctor?

\_\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_\_ No    Specify: \_\_\_\_\_

c. Have you ever been convicted of a felony?

\_\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_\_ No    Specify: \_\_\_\_\_

d. Have you applied to any other programs?

\_\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_\_ No    Specify: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**Physician Evaluation Form**  
(Confidential Evaluation)

\_\_\_\_\_  
(Name of Applicant)

Please complete all parts of this form. If more room is needed, use a separate sheet.

**I. VERIFICATION**

The physician was at \_\_\_\_\_,  
(Name of Institution)

from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

During that time the physician was \_\_\_\_\_.  
(Status in Institution)

**II. EVALUATION**

This evaluation should be based on demonstrated performance compared to that reasonably expected of a physician with a similar level of training, experience and background as this one.

DESCRIPTION	POOR	FAIR	GOOD	SUPERIOR
- Basic Knowledge				
- Professional Judgment				
- Sense of Responsibility				
- Clinical Competence				
- Technical Skills				
- Cooperativeness, Ability to work with others				
- Medical Records Accuracy				
- Patient Management				
- Physician/Patient Relationship				
- Participation in Medical Affairs				
- Relationship with Nursing Staff				

III. GENERAL IMPRESSION

My general impression of the applicant is:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Title

\_\_\_\_\_  
Date

\*\*\* The information provided in this form will be confidential and will not be revealed to the candidates unless you indicate so:

Yes, you may show this form to the candidate

No, do not show this form to the candidate

nms

Solicitud Para Puesto de Residencia en Medicina de Familia

CERTIFICADO MEDICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

HISTORIAL PRESENTE:

---



---



---



---

Historial Pasado	Candidato	Comienzo/Duración	Familia Candidato
1. Asma Bronquial			
2. Diabetes Mellitus			
3. Hipertensión			
4. Enfermedades Cardiovasculares			
5. Artritis			
6. Ulcera Péptica			
7. Cáncer			
8. Enfermedad Mental			
9. Operaciones			
10. Otras:			

EXAMEN FISICO

PESO: \_\_\_\_\_ lbs.

PRESION: \_\_\_\_\_

HEENT: \_\_\_\_\_

PULMONES: \_\_\_\_\_

CORAZON: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

STATUS MENTAL: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE INDICAR CON UNA (X)**

\_\_\_\_\_ SI, El candidato está capacitado física, mental y emocionalmente para entrar en un programa de adiestramiento.

\_\_\_\_\_ NO, El candidato no está capacitado física, mental y emocionalmente para entrar en un programa de adiestramiento. (Explique)

---

---

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Licencia

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono



**AUTORIZACION A QUE SE REVELE INFORMACION CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_, solicitante para la Residencia en Medicina de Familia del Manatí Medical Center, localizado en Manatí, 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 con quienes yo haya trabajado.

Estoy consciente que dicha información será utilizada por el Comité de Admisiones del Programa de Residencia en Medicina de Familia del Manatí Medical Center, de Manatí, 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 trabajé con ellos a representantes autorizados del Programa de Residencia en Medicina de Familia del Manatí 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 Residencia en Medicina de Familia del Manatí 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.