**FORMULARIO INTERNADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** |  |
| **RUT** |  | **Edad:** |
| **Correo electrónico** |  | **Celular:**  |
| **Dirección**  |  |
| **Universidad**  |  |
| **Nombre y mail de coordinador de campus clínico** |  |
| **Fecha internado** | Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Indique las razones por la que está interesado en cursar su internado en MEDS** | 1.2.3. |
| **Indique sus principales fortalezas personales.** | 1.2.3. |
| **Indique sus principales fortalezas profesionales.** | 1.2.3. |
| **Declaro conocer y respetar el Reglamento Asistencial Docente de Clínica MEDS** |  |

**FIRMA INTERNO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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