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