

**Internado Electivo**

Formulario de Solicitud

Rotación electiva nacional

**El siguiente formulario debe ser completado en conformidad al programa del Internado Electivo para la carrera de Medicina de la Universidad Diego Portales y a su normativa vigente.**

**I. Datos personales**

Primer apellido : Haga clic para escribir texto.

Segundo apellido : Haga clic para escribir texto.

Nombres : Haga clic para escribir texto.

RUT (sin puntos y con guión) : Haga clic para escribir texto.

Teléfono de contacto : Haga clic para escribir texto.

Correo electrónico : Haga clic para escribir texto.

**II. Fechas de rotación**

Inicio de rotación : Seleccione fecha de inicio.

Término de rotación : Seleccione fecha de término.

**III. Solicitud priorizada**

**III.1. Primera opción**

**A) Marque el ámbito al cuál corresponde el área de interés de la primera opción:**

Ámbito Clínico-asistencial

Ámbito Científico e investigación

Ámbito de Educación Médica

Ámbito de Salud Pública

Ámbito de Terapias complementarias

Otro. Indique cual: Haga clic para escribir texto.

**B) Servicio de primera opción**

Indique el servicio de su primera opción

(Ej. Cirugía, Psiquiatría, Educación Médica, Investigación)

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**C) Campo clínico o lugar para primera opción**

Indique el Campo Clínico o lugar de realización de su primera opción. Éste debe ser coherente con el Servicio elegido en el punto anterior.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**D) Contacto para primera opción**

De ser posible indique los datos de algún con contacto que permita agilizar la gestión de un cupo en el servicio de su elección. Señale nombre, cargo, e-mail, teléfono.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**E) Observaciones respecto a primera opción**

De ser necesario escriba notas u observaciones que considere relevantes respecto a su primera opción.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**III.2. Segunda opción**

La segunda opción se gestionará inmediatamente de haber sido rechazada la primera opción o habiéndose cumplido el plazo límite de respuesta desde el Campo Clínico o lugar elegido, estipulado en la normativa vigente del Internado Electivo.

**A) Marque el ámbito al cuál corresponde el área de interés de la segunda opción:**

Ámbito Clínico-asistencial

Ámbito Científico e investigación

Ámbito de Educación Médica

Ámbito de Salud Pública

Ámbito de Terapias complementarias

Otro. Indique cual: Haga clic para escribir texto.

**B) Servicio de segunda opción**

Indique el servicio de su segunda opción

(Ej. Cirugía, Psiquiatría, Educación Médica, Investigación)

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**C) Campo clínico o lugar para segunda opción**

Indique el Campo Clínico o lugar de realización de su segunda opción. Éste debe ser coherente con el Servicio elegido en el punto anterior.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**D) Contacto para segunda opción**

De ser posible indique los datos de algún con contacto que permita agilizar la gestión de un cupo en el servicio de su elección. Señale nombre, cargo, e-mail, teléfono.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**E) Observaciones respecto a segunda opción**

De ser necesario escriba notas u observaciones que considere relevantes respecto a su segunda opción.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**III.3 Tercera opción**

La tercera opción se gestionará inmediatamente de haber sido rechazada la segunda opción o habiéndose cumplido el plazo límite de respuesta desde el Campo Clínico o lugar elegido, estipulado en la normativa vigente del Internado Electivo.

**A) Marque el ámbito al cuál corresponde el área de interés de la tercera opción:**

Ámbito Clínico-asistencial

Ámbito Científico e investigación

Ámbito de Educación Médica

Ámbito de Salud Pública

Ámbito de Terapias complementarias

Otro. Indique cual: Haga clic para escribir texto.

**B) Servicio de tercera opción**

Indique el servicio de su tercera opción

(Ej. Cirugía, Psiquiatría, Educación Médica, Investigación)

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**C) Campo clínico o lugar para tercera opción**

Indique el Campo Clínico o lugar de realización de su tercera opción. Éste debe ser coherente con el Servicio elegido en el punto anterior.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**D) Contacto para tercera opción**

De ser posible indique los datos de algún con contacto que permita agilizar la gestión de un cupo en el servicio de su elección. Señale nombre, cargo, e-mail, teléfono.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

**E) Observaciones respecto a tercera opción**

De ser necesario escriba notas u observaciones que considere relevantes respecto a su tercera opción.

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |

Acepto que la información aquí ingresada responde a mi voluntad y que seré responsable de solicitar a mi tutor que evalúe mi desempeño de acuerdo a la normativa vigente y entregar inmediatamente al término de mi rotación la evaluación correspondiente.

Firme el formulario escribiendo su nombre aquí

**Nombre del Interno**