Formato de carta de recomendación

Especialidades Médicas

**Instrucciones**

Favor completar la información requerida para el/la postulante recomendado/a, documento debe ser devuelto en formato PDF al correo: [postulaciones.postgrado@uoh.cl](mailto:postulaciones.postgrado@uoh.cl)

**Antecedentes de la persona postulante**

Nombre:

Especialidad Médica:

**Antecedentes de la persona que hace esta recomendación**

| Nombre: | | RUT o Pasaporte: |
| --- | --- | --- |
| Grado Académico/ Profesión: | | |
| Lugar de Trabajo: | | |
| Dirección: | | Ciudad: |
| Fono: | | |
| Correo electrónico: | | |
| Firma de la persona que recomienda | Fecha | |

1. ¿Cuál es su campo de especialidad y cuál es su relación con el área de la Especialidad Médica del/ de la postulante?

|  |
| --- |

1. Mencione brevemente cuales han sido las actividades académicas o personales que lo relacionan con el postulante y en qué tiempo.

|  |
| --- |

1. ¿Cuáles son, a su juicio, **las fortalezas más sobresalientes** del/ de la postulante para realizar la Especialidad Médica?

|  |
| --- |

1. ¿Cuáles son, a su juicio, **las debilidades del/ de la postulante** para realizar la Especialidad Médica?

|  |
| --- |

1. ¿Cómo se compara el/la postulante dentro de su grupo de pares en relación con los siguientes aspectos? *(marque con una X)*

| **Aspectos** | **Por debajo del promedio** | **Promedio** | **Bueno**  **(25% superior)** | **Muy bueno**  **(10% superior)** | **Sobresaliente**  **(5% superior)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Autonomía en su quehacer médico |  |  |  |  |  |
| Hábitos de trabajo y/o estudio, responsabilidad y cumplimiento |  |  |  |  |  |
| Liderazgo colaborativo con sus pares y equipos de salud |  |  |  |  |  |
| Potencial de contribuir en el área de la Especialidad Médica |  |  |  |  |  |
| Capacidad para trabajar en equipo |  |  |  |  |  |
| Comunicación oral |  |  |  |  |  |
| Comunicaión escrita |  |  |  |  |  |

1. Si lo desea, puede agregar un comentario final, considerando una evaluación global de el/la estudiante *(máximo 10 líneas)*:

|  |
| --- |

**NOTA**: Una vez completado este documento, debe enviarlo directamente al correo [postulaciones.postgrado@uoh.cl](mailto:postulaciones.postgrado@uoh.cl). Ud. es libre de compartir o no esta carta con el postulante.