**Ficha de Antecedentes**

**Especialidades Médicas Primarias UOH**

**Habilitación Concurso Servicio de Salud O’Higgins 2025**

1. **DATOS PERSONALES**

 **Nombres y Apellidos**

|  |
| --- |

**RUT**  **Nacionalidad**:

|  |  |
| --- | --- |

 **Fecha de Nacimiento: Edad: Género**

| día | mes | año |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |

 **Dirección de Residencia:**

|  |
| --- |

 **Comuna:**  **Ciudad**:

|  |  |
| --- | --- |

 **Teléfono: Correo electrónico:**

|  |  |
| --- | --- |

 **Título Medico Cirujano**

| **Universidad de Egreso** | **Año de Titulación** | **País** | **Nota de Título** | **Calificación Médica Nacional** | **Percentil EUNACOM** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

1. **PROGRAMA DE POSTULACIÓN**

| **Programa de Especialidad en:** |  |
| --- | --- |

1. **ANTECEDENTES LABORALES DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

*Señale el año, nombre del cargo, centro de salud y área en que se desempeñó laboralmente*

|  |
| --- |

1. **NOMBRE DE REFERENCIAS PROFESIONALES Y/O ACADÉMICAS**

*Con la finalidad de solicitar las cartas de recomendación por parte de la Dirección de Postgrado, debe indicar el nombre, correo y vínculo institucional de la persona recomendadora.*

| **Nombre y apellido** | **Correo electrónico** | **Institución** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. **PARTICIPACIÓN EN SIMPOSIOS, CONFERENCIAS O CONGRESOS**

*Incluya su participación como expositor/a en simposios, conferencias o congresos (Puede agregar filas si considera pertinente).*

| **Tipo de instancia** | **Título** | **Institución organizadora** | **Fecha** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **TRABAJOS CIENTÍFICOS**

*Indique los principales trabajos publicados, incluya sus referencias en formato APA. (Puede agregar filas si considera pertinente).*

| **Cita de la referencia** |
| --- |
|  |

1. **CURSOS O ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA**

*Indique la asistencia y participación en cursos relacionados con la especialidad a la que postula. (Puede agregar filas si considera pertinente).*

| **Nombre** | **Institución** | **Fecha** | **Horas** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **OTROS ANTECEDENTES**

*Indique antecedentes adicionales que usted desee consignar*

|  |
| --- |

| Acepto que los antecedentes presentados son verídicos y fidedignos, los cuales serán revisados en la carpeta digital compartida |  |
| --- | --- |
| FIRMA |