

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ – FACULTAD DE MEDICINA
EXAMEN DE CONOCIMIENTOS MÉDICOS GENERALES BÁSICOS**

IMPRIMA EL FORMULARIO Y LLENELO EN IMPRENTA

FECHA DEL EXAMEN: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Cédula: _____ Fecha de Nacimiento _____ (DD/MM/AA)

Sexo: _____ Índice Académico en base a 3: _____

Nacionalidad:	Correo Electrónico:
---------------	---------------------

Dirección

Teléfono Residencia	Trabajo	Celular:
---------------------	---------	----------

Fecha de Ingreso a la Universidad Mes: _____ Año: _____
Obtuvo su título de Doctor en Medicina en: Mes: _____ Año: _____

Universidad:	País:
--------------	-------

Indique donde realiza o realizó el I y II año de Internado y la fecha:

I AÑO	Hospital:	
	Provincia:	
	Fecha de Inicio:	Finalización:

II AÑO	Hospital:	
	Provincia:	
	Fecha de Inicio:	Finalización:

ES MÉDICO IDÓNEO: SI _____ NO _____ En trámite _____

Especialidad(es) a que aspira:

1.	2.	3.
----	----	----

Indique si realizó el examen el año pasado: SI NO APROBÓ: SI NO

Firma del aspirante	Fecha
---------------------	-------

Si es un familiar o conocido quien llena este formulario:

Nombre	Firma	Autorizado por
Cédula	Parentesco	Fecha

- Adjunto al presente formulario: 1 foto, fotocopia de cédula, Fotocopia de créditos con su índice académico en base a 3 fotocopia de idoneidad o carta con membrete de la Institución certificando la realización del Primer o Segundo año de Internado.
- Se me hizo entrega del reglamento que rige para esta prueba.