

Registro de rotantes

Por favor, activa JavaScript en tu navegador para completar este formulario.

REGISTRO DE ROTANTES

Este formulario de registro está dirigido al personal que solicita estancias cortas de formación en el hospital. Los datos proporcionados serán de uso confidencial para el hospital. Si tiene alguna pregunta o duda contacte a ensenanzaeinvestigacion@hbm.gob.do Al presionar enviar usted ACEPTA las condiciones académicas establecidas por las autoridades del hospital.

Datos generales

Nombres y apellidos *

 Nombre Apellidos

Documento de identidad *

Escriba su número de cédula de identidad o pasaporte en caso de ser extranjero.

Adjuntar foto del documento de identidad *



Haz clic o arrastra un archivo a esta área para subirlo.



Adjunte una fotografía de su documento de identidad (cédula o pasaporte) en formato PDF o de Imagen. El archivo debe tener un peso menor de 10 MB.

Teléfono de contacto *

Escriba el número donde podamos contactarle

Correo electrónico *

Escriba su correo electrónico en letras minúsculas.

Categoría de rotante *

- ☐ Médico residente
- ☐ Interno de medicina
- ☐ Pre-interno de medicina
- ☐ Interno de enfermería
- ☐ Fellow de investigación
- ☐ Pasante de psicología clínica

Area de rotación *

- ☐ Pediatría y especialidades
- ☐ Emergencia
- ☐ Cardiología
- ☐ Ucip
- ☐ Ucin
- ☐ Dermatología
- ☐ Cirugía
- ☐ Otorrinolaringología
- ☐ Ortopedia
- ☐ Anestesiología
- ☐ Neurología
- ☐ Endocrinología
- ☐ Alergología
- ☐ Neumología
- ☐ Nefrología
- ☐ Genética
- ☐ Nutrición
- ☐ Hematología
- ☐ Infectología
- ☐ Gastroenterología
- ☐ Enfermería
- ☐ Investigación
- ☐ Imágenes médicas
- ☐ Psicología clínica
- ☐ Otras

--

--

Seleccione la fecha de finalización de la rotación

Teléfono del familiar a contactar *

Enviar

U1MjBpbmZlc3RpZ2FjaSVDMyVCM24lM0MlMkZhJTNFJTNDJTJGOGGk1M0U1MEE1

[illegible]