

**Bicentenaria**

**UNAN-León**

**MINISTERIO DE SALUD**

 Dirección General de Docencia

 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

 UNAN-Managua, UNAN-León

**Formatos de Ingreso a las**

 **Especialidades Médico-Quirúrgicas**

**Admisión 2021**

 **Enero 2021**



Foto Tamaño Carnet

De frente

**CURRICULUM VITAE**

**I. Datos Personales**

1. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. No. de Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Fecha de Nacimiento: \_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 Día Mes Año

1. Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Municipio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Sexo: \_\_\_\_\_\_7. Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Números de Teléfonos:

* 1. Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Convencional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Número INSS. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Lugar de Residencia:

12.1. Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.2. Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 12.3. Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Nombres y Apellidos de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Nombres y Apellidos del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Nombres y Apellidos del Cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. No. de hijos: \_\_\_\_\_\_\_\_ 17. Detalle Número de hijos por edad:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  De 1 año | De 2 años  | De 3 años  | De 4 años | Mayores de 5 años |
|  |  |  |  |  |

**II. Formación Académica**

18. Universidad donde realizó carrera:

19. Período: De\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Detalle Estudios Realizados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Fecha  | Estudios Realizados  | Institución y / o Universidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**III. Experiencia Laboral**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Fecha  | Cargo Desempañado  | Empresa y/o Institución  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



 **MINISTERIO DE SALUD**

Foto Tamaño Carnet

De frente

 **Dirección General de Docencia**

 **SOLICITUD DE INGRESO A ESPECIALIDADES**

**MÉDICO – QUIRÚRGICAS**

**AÑO ACADÉMICO: 2021 -2022**

1. **DATOS GENERALES**

**Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo**

**Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad**

**Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula No.**

**Dirección Domiciliar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. Teléfonos: Conv. Celular Celular**

**No. INSS Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DATOS FAMILIARES**

**Nombre del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**No. de Hijos Edades No. Dependientes:**

**¿Qué enfermedad padece? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Tiene alguna discapacidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso de urgencia llamar a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DATOS ACADÉMICOS:**

**Universidad en donde se graduó Fecha**

**Especialidad que aplica: 1ra. Opción 2da. Opción**

1. **DATOS LABORALES:**

**¿Trabaja actualmente? \_\_\_\_\_\_ Nombre de la Institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si trabaja al MINSA detalle: SILAIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En caso de ser seleccionado (a), en qué Unidad Docente solicita se le ubique para realizar la**

**¿Especialidad?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Solicitante**

**Adjuntar: - Original y copia de esta solicitud (Adjuntar foto tamaño carnet)**

 **- 3 copias de cédula a ambos lados**

 **- Copia de última colilla INSS**



MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Docencia

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua y León

**Declaratoria de Estado de Salud**

**Para el ingreso a las Especialidades Médico Quirúrgicas**

**Año Académico 2021 – 2022**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidad que aplica: 1ra. Opción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2da.Opción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Responda SI o NO, a las siguientes preguntas relacionadas con su condición actual de salud** |
| **No.** | **Preguntas** | **Respuestas** |
|  |  | **SI** | **NO** |
| 1 | Ha estado en tratamiento o ha sido informado que padece de enfermedades:  |   |   |
| 1.1 | Cardiovasculares. |   |   |
| 1.2 | Respiratorias. |   |   |
| 1.3 | Renales |   |   |
| 1.4 | Genito urinaria |   |   |
| 1.5 | Hepato-gastrointestinales |   |   |
| 1.6 | Oftálmicas |   |   |
| 1.7 | Diabetes Mellitus u otras endocrinopatías |   |   |
| 1.8 | Musculo esqueléticas |   |   |
| 1.9 | Inmunológicas Y/o alérgicas |   |   |
| 1.10 | Neurológica  |   |   |
| 1.11 | Psiquiátricas  |  |  |
|   | Si su respuesta es SI, detalle su situación de salud: |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |
| 2 | Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad grave y/o crónica |   |   |
| 2.1 | (Cáncer u otra enfermedad grave) |   |   |
|   | Si su respuesta es SI, detalle su situación de salud  |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |
| 3 | Adolece de alguna enfermedad congénita, mutilación y/o deformación? |  |  |
|  | Si su respuesta es SI, detalle su situación de salud  |   |   |
|   |  |   |   |
|  |  |  |  |

Dando fe de la información antes descrita, firmo la presente declaratoria, en la ciudad de Managua, a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2021. **Cualquier omisión o información falsa, será sancionado con expulsión del programa de las especialidades medico quirúrgica**s.

CRITERIOS PARA VALORAR EL COMPROMISO SOCIAL

Marque con una x

|  |  |
| --- | --- |
| Criterio |  Puntaje |
|  | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | REGULARMENTE | POCAS VECES | NUNCA |
| Asistencia y Puntualidad |  |  |  |  |  |
| Buena Relaciones Interpersonales |  |  |  |  |  |
| Cumplimiento De Funciones |  |  |  |  |  |
| Buena Calidad Técnica |  |  |  |  |  |
| Buen trato a la Población |  |  |  |  |  |
| Trabajo voluntario en atención en salud en los últimos 2 años Participación en Brigadas médicas, jornadas de trabajo voluntarios en el área de salud en instituciones socialmente reconocidas |  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |  |