



UNIVERSITY OF PUERTO RICO, UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
MEDICAL SCIENCES CAMPUS, RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
SCHOOL OF MEDICINE, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA



REGISTRO PARA ROTACION ELECTIVA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Nombre: _____ Nivel: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____ Email: _____

Fechas de Rotación: _____

Primera Rotación: Si ___ No ___ Si contesto **No**, fecha de la rotación: _____

Escuela de Medicina / Programa Transicional: _____

Persona de Contacto en la Universidad o Escuela: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Requisitos para realizar una rotación electiva en el Programa de Residencia de Obstetricia y Ginecología:

1. Carta de su Director de Programa solicitando la rotación. – Debe indicar la o las posibles fechas para la rotación. La misma debe ser dirigida a la Dra. Keimari Méndez Martínez, Directora del Programa de Residencia de Obstetricia y Ginecología.
2. Los siguientes documentos deben ser enviados junto con esta forma y con la carta de solicitud de la rotación:
 - a. Copia de Licencia para practicar la medicina (Permanente o Provisional)
 - b. Copia cubierta de Seguro de Impericia
 - c. Curriculum vitae
 - d. Resultado Prueba COVID-19 (previo a la rotación) / Evidencia Vacuna
 - e. Hojas de vacunas (Evidencia de Hepatitis y Varicela)
 - f. Evidencia Vacuna de Influenza
 - g. Certificado de Salud (Incluya VDRL y Tuberculina)
 - h. Diploma Escuela de Medicina
 - i. CPR o ACLS
 - j. Certificado de Buena Conducta
 - k. Formulario de evaluación de la rotación
 - l. Evidencia de Seguro Médico Personal
 - m. Identificación con foto
3. Todos los documentos pueden ser enviados vía correo electrónico a olga.navas@upr.edu **de 2 a 3 semanas antes de la fecha de la rotación.** Solicitud enviada con menos de dos semanas previo a la fecha de rotación o incompleta, puede no ser considerada o puede alterar la fecha de inicio de la rotación.
4. Una vez solicitada la rotación, se trabajará un acuerdo (Program Letter of Agreement) entre la institución del solicitante y el Programa de Residencia de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.

5. Toda solicitud está sujeta a la disponibilidad del espacio. La facultad de Obstetricia y Ginecología cree fielmente en la calidad del aprendizaje.
6. Una vez la rotación es autorizada y puesta en calendario, se emite una carta con las instrucciones a seguir para formalizar y comenzar la rotación.
7. Una vez terminada la rotación deberá entregar debidamente cumplimentados la Hoja de Asistencia y la Hoja de Evaluación de la Rotación Electiva que se le entregarán al inicio de la misma. No se enviará evaluación formal de su ejecución en la rotación a su programa si estos documentos no son devueltos a la Oficina de Coordinación del Programa de Residencia.
8. Para comunicarse con nosotros puede hacerlo en 787-758-2525 ext. 2530, Fax 787-764-7881.

Para uso de la Oficina de Coordinación del Programa de Residencia:

<p>Observaciones:</p>
--

<p>Requisitos: _____ Completos _____ Incompletos</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="font-size: small;">Verificado por:</td> </tr> </table>	Verificado por:
Verificado por:		
<p>Rotación electiva: _____ Autorizada _____ No Autorizada</p>		
<p>_____</p> <p>Fecha</p>	<p>_____</p> <p>Director del Programa</p>	