

HOJA DE VIDA PARA INTERNOS Y RESIDENTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

OFICINA DOCENCIA-SERVICIOS

Fecha de Elaboración: DD / MM / AAAA



1. DATOS PERSONALES

Nombres

Apellidos

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | Número | Nacionalidad | Género | | | |
|------------------------|----|----|------|--------------------------|--------------|----------------------|--|----------------------|----|
| CC | TI | CE | PAS. | | | Masc. | | Fem. | |
| | | | | | | Lugar de Nacimiento: | | Fecha de Nacimiento: | DD |
| Dirección Residencia: | | | | Ciudad: | | | | | |
| Número telefónico: | | | | Número teléfono celular: | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | |

2. NIVEL DE FORMACIÓN

| MODALIDAD | SEMESTRES CURSADOS | TITULO OBTENIDO | AREA DE ESTUDIOS | INSTITUCIÓN | LUGAR | DURACIÓN | |
|------------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------|-------|----------|-------|
| | | | | | | DESDE | HASTA |
| Educación Básica | | | | | | | |
| Pregrado | | | | | | | |
| Posgrado | | | | | | | |
| Maestría | | | | | | | |
| Doctorado | | | | | | | |

3. PRODUCCIÓN INVESTIGATIVA

| PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN | AREA DE TRABAJO | INSTITUCION | LUGAR | DURACIÓN | |
|----------------------------|-----------------|-------------|-------|----------|-------|
| | | | | DESDE | HASTA |
| | | | | | |
| | | | | | |

3.1. Grupos De Investigación

| NOMBRE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN | DIRECTOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN | AREA DE TRABAJO | INSTITUCION | LUGAR | DURACIÓN | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------|-------|----------|-------|
| | | | | | DESDE | HASTA |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

4. PRODUCCIÓN INTELECTUAL

4.1. Publicaciones: Libros, capítulos, artículos

| TITULO | AUTORES | NOMBRE DE LA REVISTA O LIBRO | VOLUMEN, NUMERO O CODIGO ISBN | AÑO PAGINAS |
|--------|---------|------------------------------|-------------------------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |

HOJA DE VIDA PARA INTERNOS Y RESIDENTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

OFICINA DOCENCIA-SERVICIOS

4.2. Participación en Eventos como Ponente

| TITULO DE LA PONENCIA | NOMBRE Y LUGAR DEL EVENTO | CODIGO ISBN SI HAY MEMORIAS | AÑO PAGINAS |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |

4.3. Asistencia a Eventos en los últimos 5 años

| NOMBRE DEL EVENTO | HORAS DE DURACION | TEMA | LUGAR Y AÑO |
|-------------------|-------------------|------|-------------|
| | | | |
| | | | |

5. RECONOCIMIENTOS

5.1. Reconocimientos Académicos

| TIPO (Beca, Premio, Distinción) | OTORGADO POR | FECHA |
|------------------------------------|--------------|-------|
| | | |
| | | |

5.2. Reconocimiento por Producción Académica

| NOMBRE DEL RECONOCIMIENTO | OTORGADO POR | FECHA |
|---------------------------|--------------|-------|
| | | |
| | | |

6. EXPERIENCIA LABORAL (solo responda si ha tenido alguna experiencia laboral significativa)

| CARGO DESEMPEÑADO | INSTITUCION Y LUGAR | DURACIÓN | |
|-------------------|---------------------|----------|-------|
| | | DESDE | HASTA |
| | | | |
| | | | |

7. REFERENCIAS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | OCUPACIÓN | TELEFONO |
|-----------------|-----------|----------|
| | | |
| | | |

8. REFERENCIA FAMILIAR

| NOMBRE COMPLETO | OCUPACIÓN | PARENTEZCO | TELEFONO |
|-----------------|-----------|------------|----------|
| | | | |

9. DESEA REALIZAR EN EL HFT:

| Internado Rotatorio | | | Residencia | |
|----------------------------------|---------|---------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 12 meses | 6 meses | Rotaciones (cuales) | Área de Especialización | Duración de su Rotación: |
| | | | | |
| Fecha de inicio de su Internado: | | | Fecha de Inicio de su Rotación: | |

10. EXPLIQUE LAS RAZONES QUE LO MOTIVAN PARA ESCOGER AL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS COMO CENTRO DE PRÁCTICAS FORMATIVAS:

Firma _____