

PRÁCTICAS DE VERANO 2010

IMPRESOS DE SOLICITUD

Los impresos disponibles son los siguientes:

Solicitud de preinscripción para realizar prácticas de verano ALUMNOS DE MEDICINA	Página 2
Solicitud de preinscripción para realizar prácticas de verano ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA	Página 3
Solicitud de preinscripción para realizar prácticas de verano FUERA DE LA OFERTA	Página 4
Carta de aceptación del Hospital	Página 5
Carta de aceptación del Hospital (en Inglés)	Página 6
Carta de aceptación del Centro de Salud	Página 7
Curriculum Vitae del Tutor	Página 8
Curriculum Vitae del Tutor (en Inglés)	Página 9
Impreso de Aceptación y Matrícula	Página 10

Se recomienda imprimir únicamente las páginas que vayan a ser utilizadas.



**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN PARA REALIZAR
PRÁCTICAS DE VERANO
(CRÉDITOS POR EQUIVALENCIA I, II, y III)**

CURSO 2009/2010

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ D.N.I.:(con letra) _____

PLAN DE ESTUDIOS: Medicina 2000

DOMICILIO

Calle: _____ N° _____ Piso: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

ASIGNATURAS QUE SOLICITA:

- Créditos por Equivalencia I
- Créditos por Equivalencia II
- Créditos por Equivalencia III

PLAZAS QUE SOLICITA (Por orden de preferencia)

	HOSPITAL / CENTRO DE SALUD	SERVICIO	MES
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			

Oviedo, a ____ de _____ de 2010

(Firma)

Indique si ha presentado otra solicitud fuera de la oferta y en ese caso señalar cual tendría preferencia



ODONTOLOGIA

**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN PARA REALIZAR
PRÁCTICAS DE VERANO
(CRÉDITOS POR EQUIVALENCIA)**

CURSO 2009/2010

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ D.N.I.:(con letra) _____

PLAN DE ESTUDIOS: Odontología 2001
 Odontología 2002

DOMICILIO

Calle: _____ N° _____ Piso: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

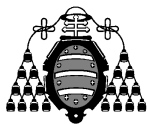
PLAZAS QUE SOLICITA (Adjuntar la documentación correspondiente en el caso de solicitar una plaza que no esté ofertada)

	HOSPITAL / CENTRO DE SALUD	SERVICIO	MES
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			

Oviedo, a _____ de _____ de 2010

(Firma)

Indique si ha presentado otra solicitud y en ese caso señalar cual tendría preferencia



SOLICITUD FUERA DE LA OFERTA

PREINSCRIPCIÓN PARA REALIZAR PRÁCTICAS DE VERANO (CREDITOS POR EQUIVALENCIA I, II, y III)

CURSO 2009/2010

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ D.N.I.:(con letra) _____

PLAN DE ESTUDIOS: Medicina 2000
 Odontología 2002

DOMICILIO

Calle: _____ N° _____ Piso: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

ASIGNATURAS QUE SOLICITA:

- Créditos por Equivalencia I
- Créditos por Equivalencia II
- Créditos por Equivalencia III

PLAZAS QUE SOLICITA (Por orden de preferencia)

	HOSPITAL / CENTRO DE SALUD	SERVICIO	MES
1ª			
2ª			
3ª			

Oviedo, a ____ de _____ de 2010

(Firma)

Indique si ha presentado otra solicitud de la oferta y en ese caso señalar cual tendría preferencia

CENTRO SANITARIO _____

Vista la propuesta presentada por el Dr./a. _____
por la que se compromete a tutelar al alumno/a _____
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, para que realice prácticas en el
Servicio de _____ durante el mes de
_____ de 2010;
y asumiendo que dichas prácticas deben cumplir los siguientes objetivos que la Universidad
exige para conceder Créditos por Equivalencia:

- 1.- Familiarizarse con la historia clínica y la exploración de pacientes.
- 2.- Participar en las labores asistenciales y docentes de los servicios correspondientes,
como por ejemplo acompañar a los médicos en las visitas a las unidades de
hospitalización, sesiones clínicas, etc.
- 3.- Adquirir hábitos y, si es posible, habilidades en el trato directo con los pacientes.
- 4.- El periodo que deben cumplir es el correspondiente a 100 horas repartidas en unas
cuatro semanas;

y que esta propuesta se considera fuera del número de plazas que pudiera haber
ofertado previamente el Centro,
esta Dirección autoriza la realización de dichas prácticas en esta Institución Sanitaria.

En _____ a , de _____ de 2010

EL DIRECTOR _____

(Sello del Centro)

Fdo.: D/Dña.

HEALTHCARE CENTER _____

According to the proposal made by Dr. _____
accepting to act as tutor of the student _____, from
the Faculty of Medicine of the University of Oviedo, to perform a clerkship in the Department
of _____ during the month _____, 2009,
and assuming that this clerkship must cover the objectives required by the University to grant
Equivalence Credits:

1. - Familiarisation with clinical history recording and physical examination.
2. - Participation in the medical and educational activities of the corresponding services, as for
example joining the doctors during the ward rounds, attending and participating in clinical
meetings, etc.
3. - The final goal is to let the student acquire habits and, if possible, skills in the direct dealing
with patients.
- 4.- The period should be at least around 4 weeks, with no less than 100 hours duration.

This Direction authorizes the performance of the clerkship in this Healthcare Center.

Place and date: _____, _____ / _____ / _____ /2010

The Director _____

(Center Stamp)

Signature:

PS: A brief CV of the tutor, and a report of the Center must be provided.

CENTRO DE SALUD _____

Vista la propuesta presentada por el Dr./a. _____
por la que se compromete a tutelar al alumno/a _____
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, para que realice prácticas en el
Servicio de _____ durante el mes de
_____ de 2010;
y asumiendo que dichas prácticas deben cumplir los siguientes objetivos que la Universidad
exige para conceder Créditos por Equivalencia:

- 1.- Familiarizarse con la historia clínica y la exploración de pacientes.
- 2.- Participar en las labores asistenciales y docentes de los servicios correspondientes,
como por ejemplo acompañar a los médicos en las visitas a las unidades de
hospitalización, sesiones clínicas, etc.
- 3.- Adquirir hábitos y, si es posible, habilidades en el trato directo con los pacientes.
- 4.- El periodo que deben cumplir es el correspondiente a 100 horas repartidas en unas
cuatro semanas;

y que esta propuesta se considera fuera del número de plazas que pudiera haber
ofertado previamente el Centro,
esta Dirección autoriza la realización de dichas prácticas en esta Institución Sanitaria.

En _____ a , _____ de _____ de 2010

Coordinador del Centro de Salud

Vº Bº Gerente AP Área

Sello

Curriculum Vitae

Apellidos: _____ Nombre: _____

Situación profesional actual

Hospital /Centro de Salud:

Servicio./Sección.:

Dirección postal:

País:

Teléfono (indicar prefijo, número y extensión):

Fax:

Correo electrónico:

Especialidad:

Categoría profesional:

Situación administrativa

Jefe de Servicio Jefe de Sección Médico Adjunto Otras situaciones especificar:

Formación Académica

Titulación Superior y/o Especialidad	Centro	Fecha

Otros méritos o aclaraciones que se desee hacer constar,
especialmente si es en relación a la experiencia profesional en el ámbito docente

El abajo firmante, acepta ser tutor del alumno/a _____
durante el mes de _____

En _____, a _____ de _____ de 2010

Sellado

Firmado.:

Curriculum Vitae

Family Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____

Current position

Hospital /Center :

Department.:

Address:

Country:

Phone:

Fax:

e-mail:

Specialty:

Hospital Appointment:

Position:

Head of Department

Attending Physician

Other (specify)

Academic Degrees

Title / Specialty	University/Center	Date

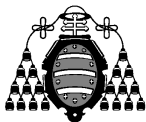
Other merits or specifications which you may want to state,
especially related to teaching experience

I accept to act as supervisor of the medical student _____
during the month of _____

In _____, the _____ of _____ of 2010

Stamp

Signature.:



ACEPTACIÓN Y MATRÍCULA

PRÁCTICAS DE VERANO 2009-10 (CRÉDITOS POR EQUIVALENCIA)

APELLIDOS : _____

NOMBRE : _____ D.N.I. : (con letra) _____

Telefono(s) : _____ / _____

Correo electrónico: _____

PLAN DE ESTUDIOS: Medicina 2000

Odontología 2001

Odontología 2002

DOMICILIO:

C/ _____ nº ____ Piso: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Acepto realizar las Prácticas de verano que tengo asignadas en el mes de _____ en el Servicio de _____ del Hospital / Centro de Salud _____

Y solicito matricularme de las asignaturas : (señalar con una X)

<input type="checkbox"/>	CREDITOS POR EQUIVALENCIA I
<input type="checkbox"/>	CREDITOS POR EQUIVALENCIA II
<input type="checkbox"/>	CREDITOS POR EQUIVALENCIA III
<input type="checkbox"/>	CREDITOS POR EQUIVALENCIA ODONTOLOGIA

Oviedo, ____ de _____ de 2010

Firmado