

**ELECTIVA INTERNATIONAL DE TRAUMA – INFORMACIÓN DEL  
 VISITANTE**

<b>Nombre del visitante:</b>		<b>Género:</b>	
<b>Profesión:</b>			
<b>Afiliación y dirección de la organización:</b>			
<b>Especialidad:</b>		<b>Posición:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>			
<b>Ciudad y dirección de residencia:</b>			
<b>Estatus visa: (Si requiere) N/A si la visita dura menos de 90 días:</b>			
<b>Anfitrión de la Fundación MEDITECH:</b>			
<b>Persona de contacto:</b>			
<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Fecha de la visita:</b>			
<b>Fecha de la llegada:</b>			
<b>Ciudad y dirección de residencia durante la visita:</b>			
<b>Número de teléfono:</b>			
<b>Especifique los objetivos de la visita:</b>			
<b>¿Requiere ayuda con el idioma?</b>			