



**INTEGRA - BECA INTERNACIONAL DE NEUROTRAUMA**

Año para el cual aplica: \_\_\_\_\_  
(El año académico inicia el 1 de marzo y finaliza el 28 de febrero. Duración, 12 meses))

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

Fecha de nacimiento DD-MM-AAAA: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION EDUCATIVA**

Escuela de Medicina de Pregrado: \_\_\_\_\_

Escuela de Medicina de Postgrado: \_\_\_\_\_

Años de entrenamiento de postgrado: \_\_\_\_\_

Tiene una  
licencia de  
práctica médica  
estatal?

Estado	Licencia No.	Fecha de expiración



**INTEGRA - BECA INTERNACIONAL DE NEUROTRAUMA**

Alguna vez le han negado o suspendido una licencia médica? Si:  No:

Si la respuesta es si, explique por qué?:

Alguna vez le han realizado un test de proficiencia de inglés? Si:  No:

Cuál? \_\_\_\_\_ Puntaje: \_\_\_\_\_

**Residencia/ Fellow / Internado**

Otra educación, entrenamiento o experiencia en investigación clínica.

Universidad / Hospital	Tipo de entrenamiento	Especialidad	Dechas	Tipo de certificación



**INTEGRA - BECA INTERNACIONAL DE NEUROTRAUMA**

**Referencias:**

Por favor liste los nombres e instituciones de tres médicos que escribirán cartas de recomendación para usted.

Nombre	Título	Universidad / Hospital

**ESTADO DE VISA**

País de Origen \_\_\_\_\_

País de residencia: \_\_\_\_\_

Tiene una visa de Estados Unidos: Si:  No:

Tipo de visa: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Los aplicantes al fellow Internacional de Neurotrauma deben tener:

1. Original y copia de un certificado de un programa de cirugía neurológica
2. Esquema de vacunación completo
3. Seguro de salud de cubrimiento internacional
4. Una foto fondo blanco, tamaño 3 X 4



## INTEGRA - BECA INTERNACIONAL DE NEUROTRAUMA

*Cuando aplique recuerde enviar junto a su aplicación, su hoja de vida incluyendo las citas de sus publicaciones indexadas revisadas por pares, una carta personal sobre porque debe ser elegido y solicite las tres cartas de recomendación requeridas*

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe por correo electrónico la copia llena de esta forma y la hoja de vida del director del fellow en Colombia al (57) 313 521 41 32 o [asistenciafundacionmeditech@gmail.com](mailto:asistenciafundacionmeditech@gmail.com) o al fellowship director en USA al (602) 933-0923 o [CCasanova@phoenixchildrens.com](mailto:CCasanova@phoenixchildrens.com). (Por favor incluya una carta de presentación.