



Escuela Superior de Oftalmología

Instituto Barraquer de América

SOLICITUD DE PASANTIA EN OFTALMOLOGIA

Favor llenar el formulario en letra imprenta y contestar todas las preguntas



FOTO

Campo específico de interés _____

Desde _____ Hasta _____

DATOS PERSONALES

Nombre completo _____

Dirección actual _____

Teléfono _____

Número de fax: _____

E-mail: _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Estado civil _____ Documento de identidad _____

Estatura _____ Peso _____ Idioma (s) _____

Nombre del padre _____ Profesión _____

Nombre del cónyuge _____ Profesión _____

Nombre y dirección del pariente más cercano _____

Nombre de la Institución en la cual recibió el título de M.D. y año _____

Nombre de la Institución en la cual recibió su título de Oftalmólogo y año _____

Fecha de presentación de esta solicitud _____

>>><<<