

**HOJA DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTE NUEVO**

**NOMBRE:**

INTERNADO RESIDENCIA

SOLICITUD DEABRIR EXPEDIENTE CUMPLIMENTADA EN TODAS SUS PARTES

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL CON (1) FOTO 2X2 FIRMADA Y CUMPLIMENTADA EN TODAS SUS PARTES

PAGO NO REEMBOLSABLE DE $200.00 DÓLARES (SOLICITUD DE ABRIR EXPEDIENTE)

PAGO NO REEMBOLSABLE DE $50.00 DÓLARES (SOLICITUD DE LICENCIA)

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL Y COPIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE PR EN ORIGINAL

DOS (2) SOBRES PRE-DIRIGIDOS CON SELLOS

TRANSCRIPCIÓN DEL USMLE/REVÁLIDA

TRANSCRIPCIÓN DE CRÉDITOS DE ESCUELA MÉDICA

TRANSCRIPCIÓN DE CRÉDITOS DE BACHILLERATO O PRE-MÉDICA

CERTIFICACIÓN DEL DECANO

CERTIFICACIÓN DE TÍTULO

HOJA DE ACEPTACIÓN DE INTERNADO

IDENTIFICACIÓN CON FOTO

CERTIFICACIÓN MÉDICA

CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

COTEJADO POR:

FECHA