



**HOSPITAL NACIONAL**  
**SOLICITUD DE PASANTÍA**  
 (APPLICATION FOR INTERNSHIPS)

A los interesados en postularse a una pasantía, le solicitamos completar este formulario y enviarlo con al menos 3 meses de anticipación al correo electrónico [comitedocencia@hospitalnacional.com](mailto:comitedocencia@hospitalnacional.com) (*Interested in doing a internship abroad, must fill out and send this form at least three months before as email to comitedocencia@hospitalnacional.com.*)

**INFORMACIÓN PERSONAL:**  
*Personal Information:*

<b>Nombre:</b> _____ <i>First Name:</i>	<b>Apellido:</b> _____ <i>Last Name:</i>	
<b>Dirección Permanente:</b> _____ <i>Permanent Address:</i>		
<b>Ciudad:</b> _____ <i>City:</i>	<b>Nacionalidad:</b> _____ <i>Nationality:</i>	
<b>Correo Electrónico:</b> _____ <i>E-mail:</i>		
<b>Teléfono:</b> _____ <i>Phone Number</i>	<b>Celular:</b> _____ <i>Cell phone</i>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ <i>Date of Birth (dd/mm/yy)</i>	<b>Edad:</b> _____ <i>Age</i>	
<b>Cédula:</b> _____ <i>Identification card</i>	<b>Sexo:</b> _____ <i>Gender</i>	
<b>Tipo de sangre:</b> _____ <i>Blood type</i>		
<b>Número de Pasaporte:</b> _____ <i>Passport N°</i>	<b>Expedido el:</b> _____ <i>Date of Issue</i> (dd/mm/yy)	<b>Válido hasta:</b> _____ <i>Date of expiry</i> (dd/mm/yy)

**INFORMACIÓN ACADÉMICA:**  
*Academic Information*

<b>Universidad o Centro Académico:</b> _____ <i>University or Academic Institution</i>	
<b>País/Ciudad:</b> _____ <i>Country/City</i>	<b>Período de la Pasantía:</b> _____ <i>Period of the internship</i> (dd/mm/yy)
<b>Grado Académico:</b> _____ <i>Academic Degree</i>	<b>Título o Profesión:</b> _____ <i>Title or Profession</i>
<b>Área de Especialización de la Pasantía:</b> _____ <i>Internship area</i>	
<b>Descripción breve del Objetivo de la Pasantía:</b> _____ <i>Brief description of the internship objectives</i>	
<b>Becas de Financiamiento con la que cuenta (si aplica):</b> _____ <i>Financing sholarship you have (If applicable)</i>	

**INFORMACIÓN ASESOR ACADÉMICO:**  
*Information of your Academic Advisor*

<b>Nombre:</b> _____ <i>First Name:</i>	<b>Apellido:</b> _____ <i>Last Name:</i>
<b>Materia que dicta en la Institución/Universidad:</b> _____ <i>Course that teaches at the Institution/University</i>	
<b>Posición que ocupa en la Institución/Universidad:</b> _____ <i>Position in the Institution/University</i>	
<b>Teléfono:</b> _____ <i>Phone Number</i>	<b>Correo Electrónico:</b> _____ <i>E-mail</i>

**IDIOMAS:**  
*Language Skills*

**Español:**   
*Spanish*

**Inglés:**   
*English*

**Portugués:**   
*Portuguese*

**Alemán:**   
*German*

**Otro:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**  
*Medical Information*

Por favor indicar si tiene alguna enfermedad que requiera de constante atención médica durante su estadía en el Hospital Nacional. *(Please indicate if you suffer from any disease that requires constant medical attention during your stay Hospital Nacional.)*

**En caso de Emergencia, por favor contactar a:**  
*In case of emergency, please contact:*

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
*First Name:*

**Apellido:** \_\_\_\_\_  
*Last Name:*

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
*Address:*

**Relación:** \_\_\_\_\_  
*Relationship:*

**Ciudad:** \_\_\_\_\_  
*City:*

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
*E-mail*

**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
*Phone Number*

**Celular:** \_\_\_\_\_  
*Cell phone*

**REFERENCIAS FAMILIARES**  
*Family references*

<b>NOMBRE DE PERSONAS QUE RESIDEN CON USTED</b> <i>Name of people who reside with you</i>	<b>EDAD</b> <i>Age</i>	<b>PARENTESCO</b> <i>Relationship</i>

**\*APARTADO SOLO PARA ESTUDIANTES PANAMEÑOS O NACIONALES\***

¿LABORA ACTUALMENTE?    Sí     NO     EMPRESA: \_\_\_\_\_    CARGO: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**  
*Student's signature*

Aseguro que toda la información proporcionada en este documento es verídica y que puede ser utilizada por el Hospital Nacional de Panamá en todo el proceso de postulación a la Pasantía. *(I confirm that all the information provided in this application form is accurate and can be used by Hospital Nacional of Panama strictly for the internship procedures ).*

**Firma del Postulante:**  
*Student's signature*

**Fecha:**  
*Date:*  
*(dd/mm/yy)*

**REVISIÓN Y APROBACIÓN (POR HOSPITAL NACIONAL)**

**Revisado Por:** \_\_\_\_\_  
*Revised by*  
Recursos Humanos HN  
*Human Resources*

**Aprobado Por:** \_\_\_\_\_  
*Approved by*  
Comité de Docencia HN