

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO
DR.ERJ/mgm.-

(0) N° 11

SANTIAGO, 3 - ENE. 1997

Thomas M. Daniel, M.D.
Professor Emeritus
Director, Center for International Health
School of Medicine
Case Western Reserve University
10900 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44106-4978
USA

Dear Dr. Daniel:

I have received a letter from Jorge Litvak concerning your interest in explore oportunities of active training for medical students from CWRU in South American Schools of Medicine.

The University of Chile School of Medicine has developed a Training Program for Foreign Medical Students.

Please find enclosed, information concerning this Program, and feel free to ask questions about it.

Sincerely yours



PROFESSOR EDUARDO ROSSELOT M.D.
DEAN
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE ESTUDIOS
DRA. EMG/DR. CAA/mgm.

(0) N°

SANTIAGO,

Acusamos recibo de su carta en que manifiesta interés en realizar prácticas clínicas en Hospitales docentes relacionados con nuestra Facultad de Medicina.

La reglamentación de la Universidad de Chile contempla la posibilidad de recibir estudiantes universitarios internacionales que deseen venir a Chile para realizar actividades en sus distintas Facultades, de acuerdo a un programa personal de estudios, sus intereses, experiencia universitaria previa y dominio del idioma Español.

Cuando la solicitud es aceptada el interesado queda en condiciones de incorporarse como Alumno Libre por períodos inferiores a un año, otorgándose, al finalizar en forma satisfactoria, una certificación oficial para ser presentada en la Universidad de origen, no conduciendo a grado académico o título profesional en Chile.

La Universidad de Chile no ofrece becas o ayuda económica para estudiantes extranjeros, los cuales deben obtener su propio financiamiento para cubrir sus gastos de viaje, estadía y estudios.

El gasto promedio de los estudiantes extranjeros en alojamiento y alimentación es de U\$ 500 mensuales.

El arancel universitario mensual para la actividad de Alumno Libre en la Facultad de Medicina corresponde a U\$ 180 mensuales o su equivalente en moneda nacional.

Le adjuntamos un folleto informativo y un formulario de postulación, en caso que Ud. desee formalizarla.

2.-

Con el objeto de permitir una adecuada evaluación de los antecedentes y la programación de las actividades, el formulario debe ser recibido en la Escuela de Pregrado, al menos seis meses antes de la fecha del eventual inicio de la actividad.

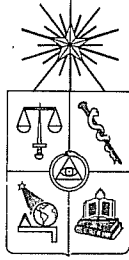
Cualquier otra consulta que Ud. desee hacer puede dirigirla a esta Secretaría de Estudios al fono y FAX (56-2) 7374059, Avda. Independencia 1027 - Santiago, Chile.

Le saluda muy atentamente.

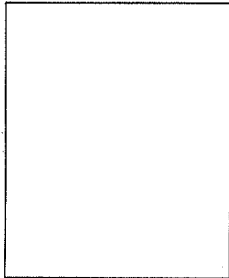
**DR. CARLOS AKEL A.
SECRETARIO DE ESTUDIOS**

**PROF. DRA. ESTER MATELUNA G.
DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA**

E MAIL:progextr@a canela.med.uchile.cl



**FORMULARIO DE POSTULACION A PRACTICAS CLINICAS ELECTIVAS
PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA EXTRANJEROS**



Prof. Dr. Eduardo Rosselot J.
Decano

Prof. Dra. Ester Mateluna G.
Directora Escuela de Pregrado

Dr. Carlos Akel
Secretario de Estudios

(Se ruega escribir a máquina o con letra de imprenta)

Nombre completo: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
País: _____ Teléfono: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha: _____
Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
Facultad de Medicina donde estudia: _____
Dirección: _____ País: _____
Nivel o semestre que cursa en la actualidad: _____

Se necesitan dos cartas de recomendación de docentes de la Facultad de Medicina que tengan conocimiento de su desempeño como alumno.

1.- Nombre: _____
Dirección: _____
2.- Nombre: _____
Dirección: _____

Area Clínica en la que solicita entrenamiento (Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Rural): _____

Número de semanas o meses de prácticas solicitadas: _____
Fecha de inició y término: _____

Firma del solicitante

Fecha: _____

(a la vuelta)

A esta solicitud deben adjuntarse:

- a) Fotografía reciente.
- b) Fotocopia de hoja de identificación de su pasaporte.
- c) Certificado oficial de calificaciones de asignaturas aprobadas.
- d) Dos cartas de recomendación de Docentes.
- e) Programa de actividades clínicas que solicita realizar durante las fechas señaladas, con la aprobación de la Facultad de Medicina de origen.
- f) Certificado de dominio del Idioma Español.

Enviar a:
PROF. DR. EDUARDO ROSSELOT J.
DECANO FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE
INDEPENDENCIA 1027
SANTIAGO-CHILE

Para información adicional es posible contactar a Dr. Carlos Akel, Secretario de Estudios,
en Fax: (56-2) 6786436.