

**Certificado de la Formación Médica Práctica  
(Internado Obligatorio)**

spanisch 2/2010

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt  
(Praktisches Jahr)

**El estudiante de medicina** \_\_\_\_\_  
Der/Die Studierende der Medizin

**nacido el** \_\_\_\_\_ **en** \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**ha participado regularmente en la formación práctica (bajo mi supervisión e instrucción) en el hospital abajo mencionao.**

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

**La formación práctica se efectuó en departamento de**  
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

**Período de formación** \_\_\_\_\_ **desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  
Zeitdauer der Ausbildung \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Interrupciones: No / Si** \_\_\_\_\_ **desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  
Fehlzeiten: Nein / wenn ja: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**La formación se desarrolló en el hospital universitario de la Universidad de**  
Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von

**El hospital de formación ha sido designado para la formación práctica por la Facultad**  
**de Medicina de la Universidad de**  
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

\_\_\_\_\_ **el -den** \_\_\_\_\_  
**(Localidad)** \_\_\_\_\_ **(Fecha)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Nombre del hospital)**  
(Name der Anstalt)

**Sello**  
Stempel

\_\_\_\_\_  
**(Firma del médico jefe competente)**  
(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

**Confirmación**  
Bestätigung

spanisch 2/2010

**A la Administración des Exámenes de Medicina y Farmacia (Rhenania de Norte-Westfalia, Alemania)**

An das Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

**Con esto confirmamos qu el estudiante de medicina**

Wir bestätigen hiermit, daß der / die Studierende der Medizin

---

**nacido el** \_\_\_\_\_ **en** \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**estuvo equiparado en sus derechos y obligaciones a los estudiantes de medicina regulares durante su estadia en el**

in seinen Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines / ihres Aufenthaltes am

---

**(Hospital / Universidad)**  
(Krankenanstalt / Universität)

**desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
gleichgestellt war.

**Tuvo los mismos derechos, obligaciones y responsabilidades que los estudiantes de medicina regulares de la Universidad de**

Sie / Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentinnen/en der Universität von

---

\_\_\_\_\_ **el-** den \_\_\_\_\_  
**(Locadidad)** ^ **(Fecha)**

**El Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de**

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

---

**(Firma / Unterschrift)**

**Sello / Stempel**

**Con esto declaramos que el hospital**  
Wir erklären hiermit, dass die Krankenanstalt

---

**ha sido designado por la Facultad de Medicina de la Universidad de**  
von der Medizinischen Fakultät der Universität von

---

**como hospital de formación práctica para los estudiantes de medicina de esta uni-**  
**versidad.**  
zur praktischen Ausbildung von Medizinstudenten dieser Universität bestimmt wurde.

\_\_\_\_\_, el - den \_\_\_\_\_  
(Localidad) (Fecha)

**El Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de**  
Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

---

(Firma / Unterschrift)

**Sello / Stempel**