

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

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

**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**