

REQUISITOS PARA ACTIVIDADES DOCENTE ASISTENCIAL INTERNADO

PASO 1 PRESENTAR POR MESA DE PARTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN

1. Documento Oficial de la FACULTAD/ESCUELA y/o PROGRAMA ACADEMICO, dirigido a la Dirección Ejecutiva presentando:
 - Lista de alumnos aptos (según Resolución MINSA) que iniciarán sus actividades en el hospital señalando fecha de inicio y término de las rotaciones, asimismo indicando los datos de estudiante: Número de teléfono, correo del estudiante y número de teléfono en caso de emergencia.
 - Presentación de tutores designados a esta Sede Docente (Nombre y Apellidos; Número de teléfono, correo)

PASO 2 SUBIR EN FORMATO PDF (legible) al correo: docenciaeinvestigacion.hrhvm23@gmail.com (indicar universidad, carrera profesional y tutor (es) a cargo), **El presente correo deberá ser remitido únicamente por el/la coordinador(a) de internado de la carrera profesional de la Universidad, adjuntando en un solo envío la totalidad de los archivos en formato PDF de todos los estudiantes, identificados individualmente con los nombres y apellidos de cada alumno.** Conteniendo lo siguiente:

- DNI ampliado legible y vigente.
- Certificado de salud física y mental vigente, expedidos por un establecimiento del MINSA, la certificación de salud física debe incluir despistaje de Tuberculosis (Radiografía de tórax estándar obligatoriamente y BK Directo de esputo).
- Carnet o constancia de vacunación con el esquema completo (Hepatitis B, influenza, Tétanos y COVID-19).
- Ficha de afiliación a seguro activo (SIS, EsSalud, etc.)
- Carta de Compromiso (según modelo)



(los requisitos deberán de estar vigentes para el inicio de cada rotación)

IMPORTANTE

1. Los alumnos deberán contar con sus implementos de bioseguridad para realizar su rotación en el hospital.
2. Es indispensable que los alumnos hayan recibido la inducción correspondiente antes del inicio de su rotación en el hospital.

PASO 3

TRAMITE DE FOTOCHECK_ (tramite físico en la Unidad de Docencia e Investigación - 4to piso)
El/la coordinador (a) del internado de la Universidad y/o tutor (es) será responsable de gestionar el trámite del fotocheck para todos los estudiantes.

- Pago por derecho de **FOTOCHECK (S/.10.00)** en caja del Hospital. 

PRESENTAR A LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN LO SIGUIENTE:

- Baucher de pago por **FOTOCHECK** en original
- 01 FOTO ACTUAL tamaño **CARNET - CON UNIFORME** (su incumplimiento no dará lugar a trámite, siendo responsabilidad del estudiante para el ingreso a la institución)
- Lista de estudiantes que incluya nombre; apellidos completos y número de DNI.



NOTA: LOS DOCUMENTOS DEBERAN DE SER PRESENTADOS ANTICIPACIÓN CON UN MINIMO DE 15 DIAS A UN MES ANTES DEL INCIO DEL INTERNADO

CARTA DE COMPROMISO DEL INTERNO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, estudiante de la carrera de _____, perteneciente a la Facultad/E.A.P/P.A.P/ _____ de la Universidad _____, me comprometo a lo siguiente:

1. A respetar y cumplir el funcionamiento y organización de los servicios del hospital donde realizare mi rotación, así como también cumplir sus normas internas.
2. Cumplir con las normas vigentes pertinentes, las disposiciones que el MINSA, las normas emanadas del SINAPRES y las emitidas por la Sede Docente durante mi periodo de internado, y que ante cualquier falta será pasible de sanción.
3. A desempeñar mis actividades de internado con conducta ética, respetuosa y responsable en todo momento, tomando las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad, privacidad y protección de los derechos de los pacientes y personas usuarias de salud.
4. A cumplir estrictamente con las normas de bioseguridad institucional y a completar las dosis faltantes de las vacunas requeridas para la práctica hospitalaria (hepatitis B, tétanos, influenza, COVID-19 u otras según corresponda), garantizando así un entorno seguro para mí, para el personal de salud y para los pacientes del hospital.
5. Me comprometo a colaborar de manera responsable con actividades que el hospital requiera con fines académicos-asistencial y de mejora institucional, durante el desarrollo de mi internado.

En señal de conformidad, firmo la presente Carta de Compromiso en la ciudad de Huánuco, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA

Nombres y apellidos: _____

Documento Identidad: _____

Teléfono (s): _____

Correo Electrónico: _____