



HOSPITAL ESPAÑOL

Ciudad de México, a ____ de ____ 20__.

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Jefe del Departamento de Enseñanza
e Investigación
Hospital Español de México

Por este conducto me permito informar a Usted que se ha evaluado a:

Médico Residente del ____ año de la Especialidad en _____

El trimestre correspondiente a los meses de: ☐ marzo, abril, mayo;
☐ junio, julio, agosto;
☐ septiembre, octubre, noviembre;
☐ diciembre, enero, febrero;

Con la calificación del ☐ primer examen trimestral
☐ examen semestral (escrito y oral)
☐ segundo examen trimestral
☐ examen final (escrito y oral)

(Número)

(Letra)

En el entendido de que ésta calificación sólo refleja el resultado del examen parcial periódico correspondiente.

Atentamente

Nombre completo y firma del Coordinador del año de Residencia correspondiente

Nombre y firma del Médico Residente evaluado

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.

AV. EJERCITO NACIONAL No. 613 • COL. GRANADA, MEXICO, D.F. C.P. 11520 • TEL. 52-55-96-00
www.hespanol.com