



ASOCIACIÓN MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA, A.C.

PEGAR FOTO

SOLICITUD DE INGRESO

NOMBRE COMPLETO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESPECIALIDAD(ES) (Marque las que apliquen)

- MEDICINA INTERNA GASTROENTEROLOGÍA CIRUGÍA GENERAL
 ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
 OTRA ESPECIALIDAD (Especifique): _____

DATOS PERSONALES

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____

COLONIA: _____ C.P.: _____ CIUDAD: _____

ESTADO _____ TELÉFONO _____

ESTADO CIVIL _____ NOMBRE DE ESPOSO(A) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ CELULAR _____

DATOS LABORALES

HOSPITAL O INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE NO APLICA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

COLONIA: _____ C.P.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____

TELÉFONO(S) _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

CONSULTORIO NO APLICA

DIRECCIÓN: _____

COLONIA: _____ C.P.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____

TELÉFONO(S) _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

DATOS FISCALES

DIRECCIÓN FISCAL: _____

COLONIA: _____ C.P.: _____ DELEGACIÓN _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____

RFC _____

EDUCACIÓN PROFESIONAL

CARRERA _____

ESCUELA / UNIVERSIDAD _____

FECHAS: DE _____ A _____ FECHA DE RECEPCIÓN PROFESIONAL _____

CEDULA PROFESIONAL _____

Incluir copias del título y cédula profesional D.G.P.

INTERNADO DE PREGRADO

HOSPITAL: _____ FECHAS: DE _____ A _____

RESIDENCIAS Y OTROS CURSOS DE POSGRADO O DE ALTA ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD O CURSO: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE AVALA: _____

HOSPITAL _____

FECHA: DE _____ A _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD _____

CERTIFICADO POR CONSEJO DE ESPECIALIDAD (FOLIO Y FECHA ÚLTIMA CERTIFICACIÓN) _____

ESPECIALIDAD O CURSO: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE AVALA: _____

HOSPITAL _____

FECHA: DE _____ A _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD _____

CERTIFICADO POR CONSEJO DE ESPECIALIDAD (FOLIO Y FECHA ÚLTIMA CERTIFICACIÓN) _____

ESPECIALIDAD O CURSO: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE AVALA: _____

HOSPITAL _____

FECHA: DE _____ A _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD _____

CERTIFICADO POR CONSEJO DE ESPECIALIDAD (FOLIO Y FECHA ÚLTIMA CERTIFICACIÓN) _____

ESPECIALIDAD O CURSO: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE AVALA: _____

HOSPITAL _____

FECHA: DE _____ A _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD _____

CERTIFICADO POR CONSEJO DE ESPECIALIDAD (FOLIO Y FECHA ÚLTIMA CERTIFICACIÓN) _____

Incluir copias de (los) Título(s) de la especialidad(es) , cédula(s) de especialista (D.G.P.) y de (los) Certificado(s) del Consejo de la Especialidad. En el caso de Curso de Posgrado de Alta Especialidad o Diplomado incluya el Diploma Correspondiente

ACTIVIDADES DOCENTES PASADAS Y PRESENTES

MATERIA _____ FECHAS: DE _____ A _____

ESCUELA / UNIVERSIDAD / HOSPITAL _____

MATERIA _____ FECHAS: DE _____ A _____

ESCUELA / UNIVERSIDAD / HOSPITAL _____

MATERIA _____ FECHAS: DE _____ A _____

ESCUELA / UNIVERSIDAD / HOSPITAL _____

MATERIA _____ FECHAS: DE _____ A _____

ESCUELA / UNIVERSIDAD / HOSPITAL _____

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS PASADAS Y PRESENTES

HOSPITAL

CARGO

FECHA

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

SOCIEDADES MÉDICAS A LAS QUE PERTENECE

SOCIEDAD

FECHA

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

_____ DE _____ A _____

En caso de otras actividades médicas con relevancia dentro de la especialidad (autor de libros, capítulos de libro, artículos médicos, trabajos en congresos) puede anexar a esta solicitud las copias correspondientes.

TRES SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA QUE RECOMIENDEN SU INGRESO

NOMBRE

FIRMA

_____	_____
_____	_____
_____	_____

PARA MÉDICOS DE LOS ESTADOS:

La Mesa Directiva de la Sociedad de Gastroenterología del Estado de _____ ha revisado el día _____ el presente expediente según lo estipulado en los Estatutos, por lo que otorga su aprobación:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____

El Comité de Admisión de la Asociación Mexicana de Gastroenterología ha revisado el presente expediente el día _____ y con base en los Estatutos lo considera (Aceptado / No aceptado) _____

Cuenta con documentación que avala su registro como especialista en: _____

NOMBRE Y FIRMA

_____	_____
_____	_____
_____	_____

REQUISITOS:

- Solicitud debidamente llenada
- Una fotografía tamaño infantil pegada en la primera hoja de esta solicitud (si usted envía scaneada esta solicitud no olvidar pegar su fotografía).
- Copias de: título de la carrera, cédula profesional (D.G.P.), título de la especialidad, cédula de la especialidad cuando así aplique, certificación de la especialidad (Consejo de la especialidad)

NOTA: La solicitud de ingreso no podrá ser evaluada hasta contar con la documentación completa. Solamente se registrarán en el Directorio las Especialidades que cuenten con documentación que lo avale.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL INTERESADO