

Número de Solicitud: _____

Fecha de Solicitud: _____

Foto

I. Datos Generales

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____ Edo. Civil: _____

Registro Federal Causantes: _____ CURP: _____

Dirección Particular: _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono Consultorio: _____

Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Consultorio: _____

Nombre de Esposa (o): _____ Cumpleaños: _____

Hijos: _____ Fecha de nacimiento: _____

II. Licenciatura:

Universidad: _____ Periodo: _____

Grado Obtenido: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha de Expedición: _____

III. Especialidad de Ingreso:

Favor de señalar la Especialidad para la que solicita ingreso: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala el Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha de Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

IV. Especialidad Adicional:

Favor de señalar la Especialidad Adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala el Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha de Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

V. Especialidad Adicional:

Favor de señalar la Especialidad Adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala el Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha de Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

VI. Especialidad Adicional:

Favor de señalar la Especialidad Adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Período: _____

Institución Educativa que avala el Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha de Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Período: _____

VII. Entrenamiento y/o Cursos Especiales

En este apartado señale los cursos y/o entrenamientos recibidos, que avalen su capacidad para realizar procedimientos o destrezas especiales y que hayan sido certificados por una institución Hospitalaria y/o Universitaria, mediante un Diploma o Certificado.

Entrenamiento: _____

Sede: _____ Período: _____

VIII. Curso de Reanimación:

Todos los profesionales médicos deben tener como mínimo un curso de reanimación básica. Los especialistas en Anestesiología, Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Cardiología y Neonatología, deben acreditar un curso de reanimación avanzada.

Entrenamiento: _____

Sede: _____ Período: _____

Entrenamiento: _____

Sede: _____ Período: _____

IX. Publicaciones

Título: _____ Año: _____

Referencia: _____

Título: _____ Año: _____

Referencia: _____

Título: _____ Año: _____

Referencia: _____

XII. Experiencia Laboral

Puesto: _____ Período: _____

Institución/Empresa: _____

Puesto: _____ Período: _____

Institución/Empresa: _____

Puesto: _____ Período: _____

Institución/Empresa: _____

Certifico la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud y acepto que Médica Sur realice la verificación de fuente original de dicha información.

Nombre del Médico

Firma del Médico

Revisión del Candidato

Por favor revise y califique si el candidato cumple con los requisitos establecidos para formar parte del cuerpo médico con autorización para ingresar y tratar pacientes en Médica Sur.

Fecha de revisión: _____

Número de procedimientos autorizados: _____

Número de procedimientos rechazados: _____

Fecha de renovación de privilegios: _____

Comentarios:

Autorización

Dr. Octavio González Chon
Director Médico

Fecha de Autorización: _____