

Solicitud de Ingreso al Cuerpo Médico del Hospital Angeles Chihuahua

Fotografía

Prerrogativas solicitadas
para la especialidad de

Anexar a la solicitud una copia fotostática del anverso y reverso de los siguientes documentos:

Obligatorios:

- Título profesional
- Cédula profesional
- Cédula estatal de profesiones
- Título especialidad
- Cedula federal especialidad
- Cedula estatal especialidad
- Diploma institucional de especialidad
- Recertificación del Consejo vigente
- Privilegios clínicos

Deseables:

- Técnicas de Reanimación
- Cursos
- Currículo Vitae (CV)
- Identificación oficial con fotografía
- Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
- CURP

Datos de Identificación	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo
	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	
	Domicilio Particular (Calle, Número y Colonia)			Teléfono Particular
	Ciudad	Estado	Código postal	
	Domicilio Consultorio (Calle, Número y Colonia)			Teléfono Consultorio
	Ciudad	Estado	Código postal	
	Teléfono celular	su correspondencia deberá ser enviada a:		
	Nombre del Cónyuge	Socio de Plaza Médica	Fecha de Nacimiento	
Registro	Cédula Profesional No.	Registro de Profesión del Estado de Chihuahua		
	Cédula Federal Profesional	Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		
	CURP			
	Correo electrónico			

[Escriba aquí]

Educación y entrenamiento	Universidad	Fecha
	Grado obtenido	Fecha
		De A
	Internado de Pregrado	Fecha
		De A
	Residencia Rotatoria (si procede)	Fecha
	Residencia de la Especialidad	Fecha
		De A
Residencia de la Especialidad	Fecha	
	De A	
Otros estudios de posgrado (Diplomados, Maestrías, Doctorados, etc.)	Fecha	
	De A	

Certificación	¿Tiene certificado del Consejo de la Especialidad? Si No	
	Especialidad 1	Vigencia hasta
	Especialidad 2	Vigencia hasta
	Especialidad 3	Vigencia hasta
	¿Ha sido recertificado? Si No	Fecha

Actividad Profesional	Hospitales Privados en los que ha laborado		
	Institución	Dirección	Categoría en el Cuerpo Médico

Estado de Salud	Por favor, anote si padece de alguna enfermedad infectocontagiosa o crónico degenerativa o si ha estado hospitalizado por presentar algún problema de salud en los últimos diez años.
	Fecha en que se realizó su último examen médico
	Estado Actual de Salud:
Referencias Personales	Por favor, anote tres referencias personales con nombre, domicilio y teléfono. Dos de ellos deberán corresponder a dos jefes de servicio con los cuales haya tenido relacion de autoridad y una de un médico de su misma especialidad
	Nombres Celular
	Dirección
	Nombres Celular
	Dirección
	Nombres Celular
	Dirección
	Nombres Celular
	Dirección
Comentarios	

**Actividad
Profesional**

Instituciones Públicas en las que labora o ha laborado	
INSTITUCION	NOMBRAMIENTO
Actividad de Enseñanza, investigación y producción científica, anexas fotocopia de la hoja frontal de cada trabajo publicado.	
Sociedades, Colegios a los que pertenece o ha pertenecido, puestos Directivos ocupados y categoría.	

[Escriba aquí]

Fecha en que se presentó la solicitud al Comité de Credenciales

Recomendado

No Recomendado

Diferido

COMENTARIOS

Presidente del Comité de Credenciales

Fecha en que se presentó la solicitud al Comité de Credenciales

Recomendado

No Recomendado

Diferido

COMENTARIOS

Presidente del Comité Ejecutivo Médico

Fecha en que se presentó la solicitud al Comité de Credenciales

Recomendado

No Recomendado

Diferido

COMENTARIOS

Dirección General con autorización
Del Consejo de Administración

Como una condición a mi aceptación como miembro del H. Cuerpo Médico del Hospital Angeles Chihuahua, estoy de acuerdo con las siguientes consideraciones:

Estoy consciente de que cualquier falsificación u omisión en la información que he proporcionado en esta solicitud puede traer como consecuencia el rechazo de la misma.

Acepto los Estatutos del Cuerpo Médico del Hospital Angeles Chihuahua y acepto regirme por los principios y estándares que guían la actividad médica dentro de la Institución.

Acepto que, en el caso que se requiera, el Hospital y su Cuerpo Médico investiguen los datos que he proporcionado y doy mi consentimiento para que las personas y/o instituciones que se consulten proporcionen la información requerida, de acuerdo con los criterios para la evaluación de mi solicitud y persona.

Me comprometo a actuar con estricto apego a la ética profesional y a proporcionar la atención debida a todos los pacientes que estén bajo mi responsabilidad dentro del hospital, me comprometo a buscar consejo profesional y/o delegar la responsabilidad de la atención de mis pacientes, cuando así lo amerite el caso, a otro y otros colegas, con el fin de asegurar una mejor atención; asimismo, me comprometo a no solicitar la participación de otros médicos que no estén debidamente calificados en la atención a los pacientes que estén bajo mi responsabilidad.

Finalmente, sólo he solicitado Privilegios Clínicos para los cuales estoy debidamente capacitado.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha