

Fecha de Solicitud: _____

Foto

I. Datos Generales

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Género: _____

Estado Civil: _____

Nombre de Esposa (a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Hijos: _____

Fecha de nacimiento: _____

RFC: _____

CURP: _____

Dirección Particular:

Teléfono Particular: _____

Celular: _____

Consultorio: _____

Teléfono de consultorio: _____

Correo electrónico: _____

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 Especialidad: _____ Fecha de expedición: _____

Número de Certificación de Consejo: _____ Periodo: _____

IV. Especialidad Adicional:

Favor de señalar la Especialidad adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala el Título: _____

Número de Cédula Especialidad: _____ Fecha de expedición: _____

Número de Certificación de Consejo: _____ Periodo: _____

V. 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: _____ Periodo: _____

Entrenamiento: _____

Sede: _____ Periodo: _____

Entrenamiento: _____

Sede: _____ Periodo: _____

VI. 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: _____ Periodo: _____

Entrenamiento: _____

Sede: _____ Periodo: _____

VII. Publicaciones

Breve fotocopia del artículo, o copia si es resumen.

Total de Publicaciones: _____

Título: _____

Referencia: _____

Título: _____

Referencia _____

Título: _____

Referencia _____

VIII. Experiencia Laboral

Puesto: _____ Periodo: _____

Institución/Empresa: _____

Puesto: _____ Periodo: _____

Institución/Empresa: _____

IX. Motivo por el que aplica a Médica Sur:

Certifico la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud y acepto que Médica Sur realice la verificación de fuente original de dicha información; así como los reglamentos y acuerdos que Médica Sur Sociedad de Médicos A.C., Fundación Clínica Médica Sur y Médica Sur S.A.B. de C.V.

Si:

No:

Nombre del Médico Solicitante

Firma del Médico

X. 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.
Miembro del Comité de Selección

Dr.
Miembro del Comité de Selección

Dr.
Miembro del Comité de Selección

Fecha de Autorización: _____