

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 Federal Profesional
- Cédula Federal Profesional
- Cédula Estatal Profesional
- Título Especialidad
- Cédula Federal Especialidad
- Cédula 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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
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: Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital Angeles Chihuahua <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Nombre del Cónyuge	Socio de Plaza Médica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	

Registro

Cédula Federal Profesional	Cédula Estatal Profesional
Cédula Federal Especialidad	Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)
C.U.R.P.	
Correo electrónico	

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Especialidad 1	Vigencia hasta	
	Especialidad 2	Vigencia hasta	
	Especialidad 3	Vigencia hasta	
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 relación laboral y una de un médico de su misma especialidad.	
	Nombre	Celular
	Dirección	
	Nombre	Celular
	Dirección	
	Nombre	Celular
	Dirección	
Comentarios		

Actividad Profesional	Instituciones Públicas en las que labora o ha laborado	
	INSTITUCION	NOMBRAMIENTO
	Actividad de Enseñanza, Investigación y Producción Científica, anexar fotocopia de la hoja frontal de cada trabajo publicado.	
Sociedades, Colegios, Instituciones a los que pertenece o ha pertenecido, puestos Directivos ocupados y categoría.		

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 Ejecutivo Médico _____

Recomendado ☐ No Recomendado ☐ Diferido ☐

COMENTARIOS

Presidente del Comité Ejecutivo Médico

Fecha en que se notificó la Solicitud al Consejo de Administración _____

Recomendado ☐ No Recomendado ☐ Diferido ☐

COMENTARIOS

Director 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 Médico Solicitante

Lugar y Fecha