

Solicitud de Ingreso al Cuerpo Médico del Hospital Angeles Chihuahua

Fotografía
(cualquier formato)

Prerrogativas solicitadas para la especialidad de:

Anexar a esta 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 Consejo
- Privilegios Clínicos HACH

Deseables:

- Curriculum Vitae (CV)
- Identificación oficial con fotografía (INE)
- Constancia Situación Fiscal (SAT)
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Técnicas de Reanimación
- Cursos

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|------------------|---------------------|---|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 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 | | | | | | | | | |
| Nombre del Cónyuge | | | | | Socio de Plaza Médica | | Fecha de Nacimiento | | | |
| | | | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Registro | Cédula Federal Profesional | | | | Cédula Estatal Profesional | | | | | |
| | Cédula Federal Especialidad | | | | Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) | | | | | |
| | Clave Única de Registro de Población (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 | | |
| Certificación | Otros estudios de posgrado (Diplomados, Maestrías, Doctorados, etc.) | Fecha | |
| | | De A | |
| | | Fecha | |
| | | De A | |
| | | De A | |
| 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 3 referencias personales con nombre, domicilio y teléfono, 2 de ellos deberán corresponder a 2 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, es deseable 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

DRA. OLIVIA ROMAN SAENZ

Presidente del Comité de Credenciales

Fecha en que se presentó la Solicitud al Comité Ejecutivo Médico _____

Recomendado

No Recomendado

Diferido

COMENTARIOS

DR. ROGELIO REYES SOTO

Presidente del Comité Ejecutivo Médico

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

Recomendado

No Recomendado

Diferido

COMENTARIOS

DR. RODOLFO FEDERICO CHÁVEZ CHÁVEZ

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 ésta.

Acepto los Estatutos del Cuerpo Médico del Hospital Angeles Chihuahua, respetando siempre la confidencialidad del paciente y aceptando 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 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 de los pacientes que estén bajo mi cargo.

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

Firma del Médico Solicitante

Lugar y Fecha