

Solicitud de Ingreso al Cuerpo Médico del Hospital Angeles Chihuahua

Fotografía
(cualquier formato)

Prerrogativas solicitadas
para la especialidad de _____

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

Obligatorios:

- Título Profesional.
- Diploma Institucional de Especialista.
- Cédula Profesional.
- Registro Estatal de Especialista.
- Fotografía reciente.
- Lista de hospitales en los que ha sido miembro.

Por favor llene con letra legible el siguiente cuestionario.

En donde no sea posible dar una contestación escrita N/A, si el espacio es insuficiente, anexar en otra hoja.

Llenar solicitud de privilegios clínicos de acuerdo a su especialidad.

Deseables:

- Diploma Universitario de Especialista.
- Recertificado vigente por el Consejo de Especialidad correspondiente.
- Cédula Federal de la Especialidad.

Datos de Identificación	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)		Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <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 Oficina			
	Ciudad			Estado			Código Postal		
	Teléfono Celular				Su correspondencia deberá ser enviada a: Cima <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Otro				
	Nombre del Cónyuge			Socio de Plaza Médica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento			
Registro	Cédula Profesional No.				Registro de Profesión del Estado de Chihuahua				
	Registro de Narcóticos				Cédula Federal Profesional				
	Registro S.S.A.				R.F.C.				
	Correo Electrónico								
	C.U.R.P.								

Educación y entrenamiento	Universidad	
	Grado Obtenido	Fecha
	Internado de Pregrado	Fecha De A
	Residencia Rotatoria (si procede)	Fecha De A
	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
	¿Ha sido recertificado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha

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

DIR-003/1211

DIR-003/0505

Estado de Salud

Por favor, anote si padece de alguna enfermedad infectocontagiosa o crónica 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 de autoridad y una de un médico de su misma especialidad

Nombre	Teléfono
	Celular

Dirección

Nombre	Teléfono
	Celular

Dirección

Nombre	Teléfono
	Celular

Dirección

Comentarios

Lugar y Fecha

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 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 _____

DR. ROGELIO REYES SOTO

Firma del Presidente del Comité de Credenciales

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

Recomendado No Recomendado Diferido

COMENTARIOS _____

DR. ERNESTO AVILA VALDEZ

Firma del Presidente del Comité Ejecutivo Médico

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

Recomendado No Recomendado

COMENTARIOS _____

DR. RODOLFO CHAVEZ CHAVEZ

Firma de la Dirección General con autorización
del Consejo de Administración

Como una condición a mi aceptación como miembro del 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 a 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 debido 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 u 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

DIR-003/0505