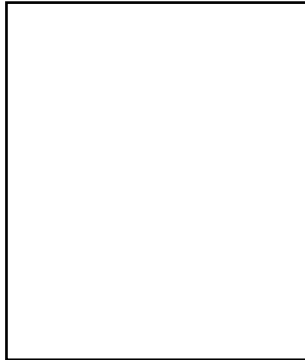




**Solicitud de Ingreso al Cuerpo Médico de  
The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.**

Fecha \_\_\_\_\_



**FOTO**

**Dr (a).**

\_\_\_\_\_

**Especialidad(es) en la(s) que deseo obtener Privilegios Clínicos**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendado por los doctores**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

AYUDANTE

PROFESIONALES  
DE LA SALUD   
N/M

PERMISO

CUERPO MÉDICO

## 1. Datos generales

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_ C.U.R.P.: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre de su esposa (o): \_\_\_\_\_

Nombre de sus hijos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Domicilio particular

Calle: \_\_\_\_\_

Número exterior: \_\_\_\_\_ Número interior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Alcaldía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Domicilio consultorio exterior

Calle: \_\_\_\_\_

Número exterior: \_\_\_\_\_ Número interior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Alcaldía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Otros Datos

Celular: \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_

Redes Sociales:

Facebook: \_\_\_\_\_ Instagram: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Páginas web: \_\_\_\_\_

Idiomas que domina: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Educación**

Licenciatura: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

Periodo: \_\_\_\_\_

Número de cédula profesional: \_\_\_\_\_

**Internado (lugar y periodo)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Servicio Social (Institución y periodo)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Datos de especialidad (es):**

**Especialidad 1:**

Nombre de la Especialidad: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Nombre la institución donde realizó su especialidad:

\_\_\_\_\_

Lugar donde realizó su especialidad (ciudad, estado y país):

\_\_\_\_\_

Vigencia del consejo de su especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) Residencia(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)

---

---

---

**Especialidad 2:**

Nombre de la Especialidad: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Nombre la institución donde realizó su especialidad:

---

Lugar donde realizó su especialidad (ciudad, estado y país):

---

Vigencia del consejo de su especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) Residencia(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)

---

---

---

**Especialidad 3:**

Nombre de la Especialidad: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Nombre la institución donde realizó su especialidad:

---

Lugar donde realizó su especialidad (ciudad, estado y país):

---

Vigencia del consejo de su especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) Residencia(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)

---

---

---

### 3. Otros estudios

Seleccione y mencione los estudios adicionales con los que cuenta:

**Entrenamiento 1:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Subespecialidad | <input type="checkbox"/> Alta Especialidad | <input type="checkbox"/> Diplomado                           |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Fellowship        | <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre del entrenamiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Lugar donde realizó su entrenamiento: \_\_\_\_\_

N° de cédula, si aplica: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Vigencia del Consejo, si aplica: \_\_\_\_\_

Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) estudio(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)

---

---

---

**Entrenamiento 2:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Subespecialidad | <input type="checkbox"/> Alta Especialidad | <input type="checkbox"/> Diplomado                           |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Fellowship        | <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre del entrenamiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Lugar donde realizó su entrenamiento: \_\_\_\_\_

N° de cédula, si aplica: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Nombre del Consejo de su especialidad \_\_\_\_\_

Vigencia del Consejo, si aplica: \_\_\_\_\_

Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) estudio(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)

---

---

---

### Entrenamiento 3:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Subespecialidad | <input type="checkbox"/> Alta Especialidad | <input type="checkbox"/> Diplomado                           |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Fellowship        | <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre del entrenamiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Lugar donde realizó su entrenamiento: \_\_\_\_\_

N° de cédula, si aplica: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Nombre del Consejo de su especialidad \_\_\_\_\_

Vigencia del Consejo, si aplica: \_\_\_\_\_

Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) estudio(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)

---

---

---

#### 4. Contribución a la Literatura Médica

Número de publicaciones de libros o revistas indexadas su especialidad: \_\_\_\_\_

**Nombre de la publicación**

**Autoría**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### 5. Historia laboral

Nombre de la Institución donde trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto/Nombramiento: \_\_\_\_\_

Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución donde trabaja: \_\_\_\_\_

Puesto/Nombramiento: \_\_\_\_\_

Horario Laboral: \_\_\_\_\_

#### 6. Otras Afiliaciones Hospitalarias

<b>Nombre de los Hospitales en donde tiene Privilegios Clínicos</b>	<b>Número de los pacientes que atiende anualmente en cada uno de los Hospitales a los que está afiliado</b>


## 7. Otros Datos

**¿Actual o anteriormente ocupó algún puesto dentro del Centro Médico ABC, ya sea empleado, residente, ayudante, permiso o miembro del Cuerpo Médico?**

---

---

**¿Cuenta con algún familiar tenga relación dentro del Centro Médico ABC? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, mencione el nombre)**

---

---

### Grupo Médico

**Nombre de los médicos con los que se va integrar en el Centro Médico ABC:**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**¿Motivo por el cuál desea formar parte del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC?**

---

---

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO A LOS ESTATUTOS DEL CUERPO MÉDICO Y CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P. ("CENTRO MÉDICO ABC")



**Quien suscribe la presente, hago constar que he recibido y leído los Estatutos del Cuerpo Médico, así como el Código de Ética Médica, del Centro Médico ABC; y, que estando de acuerdo con sus términos me comprometo a cumplir con los criterios básicos, con las responsabilidades permanentes, con los requisitos y procedimientos para el nombramiento, evaluación y actualización de información para mi permanencia en el Cuerpo Médico, privilegios clínicos, comités, juntas del Cuerpo Médico y, en general con todas las disposiciones establecidos en la normativa antes citada.**

---

FIRMA

Si tiene alguna duda sobre el llenado de esta solicitud, favor de contactar a la Lic. Paola Salazar en el siguiente correo:

[pjsalazarg@abchospital.com](mailto:pjsalazarg@abchospital.com)