



FOTO

1. DATOS PROFESIONALES

No G.A.S.S Tipo _____ Cédula Profesional _____

Dr.(a) _____ Apellidos _____

	Código y Especialidad	Certificado Hasta	Cédula de Especialidad
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Hospital	_____	Consultorio	_____	Torre	_____
Status	_____	Extensión	_____	Extensión	_____
Fax	_____	Tel. Dir.	_____	Tel. Dir	_____
Radio	_____	Clave	_____	Tel. Celular	_____
E-mail	_____				

2. DATOS PRIVADOS

Reg. Fed. de Caus. _____ Curp _____

Teléfono Domicilio _____

Nació en _____ Estado _____ Fecha _____

Est. Civil _____ Esposa (o) _____

Domicilio _____

Colonia _____ Delegación _____

Ciudad _____ Estado _____

Cod. Postal _____ Fecha de Alta _____

Recomendado por _____

Recomendado por _____

Registro en la Secretaría de Salubridad y Asistencia _____

Fecha _____

Numero

Si la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es afirmativa, favor de proporcionar todos los detalles en hoja por separado

- 1. Su cédula profesional para ejercer la medicina: ¿Ha sido limitada, suspendida o revocada en alguna jurisdicción? Si No
- 2. El derecho para ejercer su especialidad en algun especial: ¿Ha sido limitado, revocado o renovado? Si No
- 3. Le ha sido negada alguna membresía o renovación, o ha sido sujeto a a accion disciplinaria en alguna organización médica o Cuerpo Médico? Si No
- 4. ¿ha renunciado o le han pedido su renuncia en alguna organización médica antes de llevar a cabo una investigación? Si No
- 5. ¿Ha sido suspendida o revocada su cédula profesional? Si No

3. EDUCACIÓN

a) PREMEDICA

Escuela _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

b) MEDICA

Escuela _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

c) INTERNADO DE PREGRADO

Escuela _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

d) SERVICIO SOCIAL

Hospital o institución _____

De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

e) CURSO DE INTRODUCCION A LA ESPECIALIDAD MEDICA

Hospital _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

Hospital _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

f) RESIDENCIA DE ESPECIALIDAD

Hospital _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

Hospital _____ De _____ a _____ inclusive

Dirección _____

g) INSTITUCION EN QUE LABORA

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Horario _____

4. CONSEJOS Y SOCIEDADES

a) CONSEJOS DE ESPECIALIDAD

Especialidad _____ Fecha _____

Si no pertenece a ningun consejo ¿Lo ha solicitado alguna vez? _____

¿Piensa certificarse por el consejo en el futuro? _____

¿Cuándo? _____

b) MEMBRESIAS EN OTRAS SOCIEDADES PROFESIONALES

Nombre _____ Grado _____ Fecha _____

Nombre _____ Grado _____ Fecha _____

Nombre _____ Grado _____ Fecha _____

nombre _____ Grado _____ Fecha _____

5. MEMBRESIA EN HOSPITALES

Actualmente _____ Categoría _____

	_____	Categoria	_____
	_____	Categoria	_____
	_____	categoria	_____
En el pasado	_____	Categoria	_____
	_____	Categoria	_____
	_____	categoria	_____
	_____	Categoria	_____

6) REFERENCIAS MEDICAS

a) Favor de enumerar en los renglones abajo indicados los nombres y direcciones de dos médicos con los que usted haya trabajado extensamente o que hayan sido responsables de observar su capacidad, para que le proporcionen cartas de recomendación. Una carta deberá provenir de un médico de su misma especialidad; la otra podrá ser de otro médico con diferente especialidad, pero en ambos casos, los doctores deberán contar con acreditación actualizada del Grupo Ángeles de Salud.

1.	_____	2.	_____
	_____		_____
	_____		_____

7. TIPO DE MEMBRESIA Y LICENCIAS SOLICITADAS

a) Por medio de la presente someto mi solicitud de membresía al Cuerpo Médico y a los privilegios que otorga el GRUPO ÁNGELES SERVICIOS DE SALUD en la categoría de miembro DE CORTESIA con un ejercicio profesional de tiempo.

PARCIAL COMPLETO

b) solicito licencia para la realización de procedimientos y atención de pacientes en los siguientes departamentos

1.	_____	2.	_____
	_____		_____

c) Por la presente certifico que no conozco impedimento físico o mental que pueda limitar mi habilidad para la atención y cuidado a pacientes de acuerdo con los privilegios clínicos solicitados.

d) De ser aceptado, me comprometo a cumplir con todos los reglamentos y disposiciones del hospital.

_____ Firma

REQUISITOS

- Curriculum Vitae
- Copia del Título Profesional, anverso y reverso
- Copia de la Cédula Profesional, anverso y reverso
- Copia de certificado del internado Pregrado
- Copia de certificado del internado del Servicio Social
- Copia del Registro Federal de Contribuyentes, R.F.C
- Copia de la Cédula Única de Registro Poblacional, C.U.R.P.
- Copia del Diploma del Hospital donde hizo la Especialidad
- Copia del Diploma del Hospital donde hizo la Sub Especialidad
- Copia del Título Universitario de la Especialidad, anverso y reverso
- Copia del Título Universitario de la Sub Especialidad, anverso y reverso
- Copia de la Cédula de Especialidad, Dirección General de Profesiones
- Copia de la Cédula de Sub-Especialidad, Dirección General de Profesiones
- Copia del Diploma de la Asociación de la Especialidad, local o internacional
- Copia de los Certificados de los Consejos. Primero y último
- Recertificación vigente
- Dos cartas de recomendación de médicos de GASS
- Lista de publicaciones
- Copia de la póliza del seguro de responsabilidad civil y profesional
- 1 fotografía tamaño pasaporte

Con la presentación de estos documentos, usted obtendrá el número del Comité de Credenciales que lo autoriza a usar las instalaciones de todos los Hospitales del Grupo Angeles Servicios de Salud.