



Hospital Angeles
HEALTH SYSTEM

FOTO

SOLICITUD DE INGRESO AL CUERPO MÉDICO

1. DATOS PROFESIONALES

No. de credencialización _____ Tipo _____ Cédula Profesional _____

Dr.(a) _____ Apellidos _____

Código y especialidad

Certificado hasta

Cédula de especialidad

1. _____

2. _____

3. _____

Hospital _____ Consultorio _____ Torre _____

Status _____ Extensión _____ Extensión _____

Tel. Celular _____ Tel. Dir. _____ Tel. Dir. _____

E-mail _____

2. DATOS PRIVADOS

RFC _____ CURP _____

Teléfono domicilio _____

Nació en _____ Estado _____ Fecha _____

Edo. Civil _____ Esposa(o) _____

Domicilio _____

Colonia _____ Alcaldía _____

Ciudad _____ Estado _____

C.P. _____ Fecha de alta _____

No. de credencialización

Recomendado por _____

Recomendado por _____

Registro en la Secretaría de Salubridad y Asistencia _____

Número

Fecha _____



Hospital Angeles

HEALTH SYSTEM

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

3. EDUCACIÓN

a) Premédica

Escuela _____ de _____ a _____ inclusive

Dirección _____

b) Médica

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 introducción a la especialidad médica

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) Institución en que labora

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Horario _____



4. CONSEJOS Y SOCIEDADES

a) Consejos de especialidad

Especialidad _____ Fecha _____

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

¿Piensa certificarse por el consejo en el futuro? _____

¿Cuándo? _____

b) Membresías en otras sociedades profesionales

Nombre	Grado	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. MEMBRESÍAS EN HOSPITALES

Actualmente	Categoría
_____	_____

Anteriormente	Categoría
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6) REFERENCIAS MÉDICAS

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 **Hospital Angeles Health System**.

1. _____

2. _____



7. TIPO DE MEMBRESÍA Y LICENCIAS SOLICITADAS

a) Por medio de la presente someto mi solicitud de membresía al Cuerpo Médico y a los privilegios que otorga **Hospital Angeles Health System** en la categoría de miembro **de cortesía** 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



Hospital Angeles

HEALTH SYSTEM

REQUISITOS

- Currículum 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 (RFC)
- Copia de la Cédula Única de Registro Poblacional (CURP)
- Copia del Diploma del Hospital donde hizo la Especialidad
- Copia del Diploma del Hospital donde hizo la Subespecialidad
- Copia del Título Universitario de la Especialidad, anverso y reverso
- Copia del Título Universitario de la Subespecialidad, anverso y reverso
- Copia de la Cédula de Especialidad, Dirección General de Profesiones
- Copia de la Cédula de Subespecialidad, 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 **Hospital Angeles Health System**
- 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 todas las sedes de **Hospital Angeles Health System**.

[Imprimir solicitud](#)