


Paseo Río San Miguel #35
Col. Proyecto Río Sonora
Tel. 662 259-09-00, Ext. 1002
www.cimahermosillo.com

Fecha: _____

Privilegios solicitados para la especialidad de: _____


Por favor, llene con letra de molde el siguiente cuestionario y no omita ningún dato.

Donde no sea posible dar una contestación escriba N/A


<p style="text-align: center;">Datos Biográficos</p> 	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Estado Civil
	Domicilio Particular (Calle, Número y Colonia)			
	Ciudad	Estado		Código Postal
	Teléfono Celular		Correo Electrónico	
	RFC		CURP	
	Nombre del Conyuge		Fecha de Nacimiento	


<p style="text-align: center;">Licencias</p> 	Cédula Profesional	Registro del Estado
	Cédula Especialidad	Registro del Estado de Especialidad
	Otras:	Registro Narcóticos


<p style="text-align: center;">Datos Consultorio</p> 	Dirección Consultorio
	Teléfono


Capacitación y Entrenamiento 	Universidad	
	Grado Obtenido	Fecha
	Internado de Pregrado	Fecha
	Residencia Rotatoria	Fecha
	Residencia de la Especialidad	
	Otros Estudios de Posgrado, Diplomado, Maestrias, Doctorados, etc.	Fecha


Idiomas 	Nivel de Inglés
	Otros


Certificación 	¿Cuenta con Certificado del Consejo de la Especialidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Especialidad 1	Fecha
	Especialidad 2	Fecha
	Especialidad 3	Fecha
	¿Ha Sido Recertificado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fechas	

Actividad Profesional 	Hospitales Privados en los que Tiene o ha Tenido Privilegios		
	Institución	Dirección	Categoría en el Cuerpo Médico

Actividad Profesional Nombre y Cargo del Jefe Directo 	Instituciones Públicas en las que Labora o ha Laborado	
	Institución	Nombramiento
Nombre		
Cargo		
Teléfono		

	Actividades de Enseñanza y/o Investigación	
Sociedades, Colegios, etc. a los que Pertenece o ha Pertenecido y Fecha de Ingreso		

Estado de Salud 	Por favor anote si padece alguna enfermedad infecto contagiosa o crónico degenerativa, si ha estado hospitalizado, o ha presentado algún problema de salud durante los últimos diez años	
	Fecha en que se Realizó su Último Chequeo Médico	
	Estado Actual de Salud	

Referencias Personales 	Por favor anote tres referencias personales diferentes a los médicos que brinden carta de recomendación
	1) Nombre:
	Teléfono(s):
	2) Nombre:
	Teléfono(s):
	3) Nombre:
	Teléfono(s):

Como una condición a mi aceptación como miembro del Cuerpo Medico de Hospital CIMA Hermosillo, 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 que he recibido y leído los Estatutos del Cuerpo Médico de Hospital CIMA y acepto regirme por los principales 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 que 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 profesional debida a todos los pacientes que estén bajo mi responsabilidad dentro del hospital; me comprometo a buscar consejo profesional y 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; así mismo 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.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha