

HERMOSILLO



SOLICITUD DE INGRESO AL CUERPO MEDICO DE HOSPITAL CIMA HERMOSILLO

FOTO

Paseo Rio San Miguel # 35
Col. Proyecto Rio Sonora
Tel. 662 259-09-00, ext. 1161
www.cimahermosillo.com

FECHA: _____

PRIVILEGIOS SOLICITADOS PARA LA ESPECIALIDAD DE: _____
POR FAVOR, LLENE CON LETRA DE MOLDE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO Y NO OMITA NINGUN DATO.
DONDE NO SEA POSIBLE DAR UNA CONTESTACION ESCRIBA N/A.

DATOS BIOGRAFICOS			<input type="checkbox"/> MASCULINO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	<input type="checkbox"/> FEMENINO
SEXO			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NUMERO Y COLONIA)		TELEFONO PARTICULAR	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO CELULAR Y O LOCALIZADOR Y CLAVE		CORREO ELECTRONICO	
RFC		CURP	
NOMBRE DEL CONYUGE		FECHA DE NACIMIENTO	

LICENCIAS	
CEDULA PROFESIONAL	REGISTRO DEL ESTADO
REGISTRO S.S.A.	REGISTRO DE NARCOTICOS
OTRAS:	

**CAPACITACION
Y ENTRENAMIENTO**

UNIVERSIDAD

GRADO OBTENIDO

FECHA

INTERNADO DE PREGRADO

FECHA

RESIDENCIA ROTATORIA

FECHA

RESIDENCIA DE LA ESPECIALIDAD

OTROS ESTUDIOS DE POSGRADO DIPLOMADO, MAESTR AS, DOCTORADOS, ETC

FECHA



CERTIFICACIÓN

TIENE CERTIFICADO DEL CONSEJO DE LA ESPECIALIDAD SI NO

ESPECIALIDAD 1

FECHA

ESPECIALIDAD 2

FECHA

ESPECIALIDAD 3

FECHA

¿HA SIDO RECERTIFICADO? SI NO

FECHAS



**ACTIVIDAD
PROFESIONAL**

HOSPITALES PRIVADOS EN LOS QUE TIENE O HA TENIDO PRIVILEGIOS

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	CATEGORÍA EN EL CUERPO MÉDICO



ACTIVIDAD PROFESIONAL

INSTITUCIONES PÚBLICAS EN LAS QUE LABORA O HA LABORADO

INSTITUCIÓN

NOMBRAMIENTO

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 INFECCIOSA 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 CON NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO. DOS DE ELAS DEBERAN CORRESPONDER A DOS MEDICOS DE SERVICIO CON LOS CUALES HAYA TENIDO RELACION DE AUTORIDAD Y UNA A UN MEDICO DE SU MISMA ESPECIALIDAD.

NOMBRE:

DIRECCION:

TELOFONO(S):

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO(S):

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO (S):

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO(S):

FIRMA DEL SECRETARIO DEL COMITE DE CREDENCIALES

- RECOMENDADO
- NO RECOMENDADO
- DIFERIDO

COMENTARIOS:

LUGAR Y FECHA: _____

Como una condición a mi aceptación como miembro del Cuerpo Médico del 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 del Hospital CIMA y acepto regirme por los principios 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