# SOLICITUD DE INGRESO AL CUERPO MÉDICO DE HOSPITAL CIMA HERMOSILLO

FOTO

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**

## Datos Biográficos

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | Sexo ☐ Masculino ☐ 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

## Licencias

Cédula Profesional | Registro del Estado

Cédula Especialidad | Registro del Estado de Especialidad

Otras: | Registro Narcóticos

## Datos Consultorio

Dirección Consultorio

Télefono

## 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?** ☐ 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 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nombre y Cargo del Jefe Directo

| | |
|---|---|
| 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** |
| **Vacunas Aplicadas en el Último Año** |
| **Esquema de Vacunación recomendado: INFLUENZA, COVID-19**<br>En caso de no contar con el esquema de vacunación, se solicitará el apego estricto de equipo de protección personal, de acuerdo a la PT-EPI-003 Uso de Ropa y Equipo de protección personal (EPP). |

| | |
|---|---|
| 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