

Dirección Médica  
Sanatorio Español  
PresenteFecha de la solicitud: 

Fotografía

El que suscribe, Dr. No. Registro: solicita la autorización necesaria para ejercer su profesión en la siguiente especialidad Sub especialidad 1  Sub especialidad 2 **NOTA: Describa en la hoja 2 cada uno de los servicios que pretende realizar dentro de la organización**Título de Médico General de la Universidad  Fecha Registro Secretaría de Salud  Registro Cedula Profesional Especialidad realizada en el hospital  con el respaldo académicode la Universidad  Cedula de Especialidad Consejo de la Especialidad con Vigencia del  al ¿Ha solicitado ingresar al consejo de su especialidad? ☐ Sí ☐ No

Por su parte se obliga a mantener vigente el registro del consejo mexicano de la especialidad correspondiente, cumplir con los Reglamentos del Hospital y se compromete a colaborar con el mismo para el cumplimiento de los Reglamentos de los Pacientes, Familiares y Visitantes. Por medio de la presente hago constar que cuento con las competencias laborales para ejercer la especialidad anteriormente mencionada.

Atentamente

Dr.   
Firma

APROBADO

NO APROBADO

Dirección Médica Dirección General Fecha de autorización

© 2015 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from Pearson Education, Inc. or its affiliate(s).

[illegible]

Datos Generales

Nombre completo:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Estado civil:	Religión:		Nacionalidad:
RFC:	CURP:		
Domicilio consultorio:			
Teléfono consultorio:	Fax:		e-mail:
Institución donde trabaja:		Horario:	
Dirección institución:			
Teléfono:	Puesto:		
Domicilio particular:			
Teléfono particular:		Celular:	
Nombre cónyuge:		Fecha de nacimiento cónyuge:	

Estudios

Grado	Institución	Fechas	
		Del	Al
Preparatoria:			
Profesional:			
Internado de pregrado:			
Servicio Social:			

Residencias de especialidad

Especialidad	Universidad	Hospital	Fechas	
			Del	Al

Cátedras universitarias

Materia	Universidad	Fechas	
		Del	Al

Sociedades médicas a las que pertenece actualmente

Nombre	Cargo	Ciudad

Hospitales a los que pertenece actualmente

Nombre	Antigüedad	Ciudad

Referencias personales

(incluir al menos dos referencias de médicos que ejerzan en el Sanatorio Español)

Nombre	Domicilio	Teléfono

Favor de imprimir este formulario cuando la información en el mismo esté completa. El formulario debe entregarse firmado, junto con el resto de los requisitos, en el Dpto. de Atención a Médicos, con la Lic. Carla Ávalos, de lunes a viernes entre 9 A.M. y 5 P.M.  
Tel. (871) 705 33 33 Ext. 638 / Cel.: (871) 113 71 27