

DATOS GENERALES

Nombre completo	
Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento	
Nacionalidad	
Estado civil	
CURP	
RFC	
Dirección particular	
Teléfono	
Celular	
Correo electrónico	
ESPECIALIDAD 1	
Cédula de especialidad 1	
ESPECIALIDAD 2	
Cédula de especialidad 2	

EDUCACIÓN PROFESIONAL

	Lugar	Fecha de inicio	Fecha Término
Licenciatura			
Maestría			
Doctorado			
Residencias			

	Especialidades	Fecha	Sociedad Médica
Especialidad 1			
Certificación			
Recertificación			
Especialidad 2			
Certificación			
Recertificación			

Especialidades para las que solicita credencialización.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ÁREAS DE INTERÉS

Investigación _____ Docencia _____ Clínica _____ Asistencial _____

SOCIOS QUE APOYEN SU INGRESO

Nombre	Especialidad

REFERENCIAS MÉDICAS

Favor de enumerar en los renglones de abajo 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, pero en ambos casos, los médicos deberán contar con acreditación actualizada de Centro Médico del Noroeste.

DOCUMENTOS

Anexar a ésta solicitud copias.

- CURP
- RFC
- Fotografía tamaño infantil a color
- Curriculum vitae
- Título Profesional
- Cédula Profesional
- Título y/o diploma de especialidad
- Cédula de Especialidad
- Permiso para ejercer la profesión en el estado (como cirujano y especialista)
- Diploma de certificación del colegio al cual pertenece (vigente)

OBSERVACIONES / COMENTARIOS

Nombre completo y firma