

ACOG
The American College of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
P.O. Box 96920 ♦ Washington, DC 20090-6920 ♦ (202) 863-2455

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE INGRESO
PARA MIEMBROS HISTORICOS DE (Válida hasta finales de Diciembre de 2009)**

CHILE

El Colegio procede a tramitar la solicitud una vez que recibe la información completa.

1. Complete en su totalidad las páginas 2, 3, y 4 de la solicitud. Escriba en letra de imprenta con tinta negra, o a máquina.
2. La firma del solicitante deberá figurar en la pagina 4.
3. Incluya una copia de su título médico cirujano y una copia del título de la especialidad (universitario o CONACEM). Estos son requisitos a fin de procesar su solicitud.
4. Incluya evidencia de membresía de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
5. Currículum vitae resumido.
6. Fotocopia de membresias de otras sociedades, post grados o pasantías relacionadas con la especialidad.
7. Envíe su formulario completo a:

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología
Román Díaz 205, Of. 205
Providencia
Santiago, Chile
Tel: (56-2) 235 0133

ACOG
The American College of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
P.O. Box 96920 ♦ Washington, DC 20090-6920 ♦ (202) 863-2455

**SOLICITUD DE INGRESO PARA MIEMBROS HISTORICOS
CHILE**

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA
ESCRIBA SU NOMBRE TAL COMO DESEA QUE APAREZCA EN TODA LA DOCUMENTACIÓN, CORRESPONDENCIA,
ETC., DEL COLEGIO
(Recuerde que si desea que aparezcan sus dos apellidos debe unirlos por un guión, de otra forma aparecerá únicamente
el apellido materno)

NOMBRE _____
NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
(Limitado a 26 caracteres)

DIRECCIÓN POSTAL _____

CIUDAD _____ DELEGACION O MUNICIPIO _____

ESTADO _____ PAÍS _____

CÓDIGO POSTAL _____ No. de TELÉFONO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ Sexo MASCULINO FEMENINO
Mes/día/año

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA*: _____

*Aviso: ACOG envía periódicamente mensajes electrónicos relacionados con cuestiones de actualidad. Si no desea recibir estas notificaciones, indíquelo marcando la siguiente casilla

LICENCIA/CEDULA PROFESIONAL PARA EJERCER: (Enumere todas) PAÍS/PAÍSES _____

NÚMERO(S) DE LICENCIA/CEDULA PROFESIONAL(S) (Indique todos)

NOTA: A FIN DE INICIAR EL TRÁMITE DEL CASO, SU SOLICITUD DEBERÁ INCLUIR UNA COPIA DE SU ACTUAL LICENCIA/CEDULA PROFESIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN.

¿Renunció alguna vez a su licencia médica, o le fue alguna vez revocada, suspendida o restringida?
 No Sí En caso afirmativo, indique los pormenores del caso en una hoja separada.

Por favor liste su certificación y/o acreditación, año en que la recibió y fecha de vencimiento:

Facultad de Medicina (perteneciente a ASOFAMECH) año fecha de vencimiento

CONACEM año fecha de vencimiento

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

ESTUDIOS MÉDICOS:

Institución _____ Lugar _____ Fecha de conclusión _____
Mes Año

Institución _____ Lugar _____ Fecha de conclusión _____
Mes Año

Indique, en orden cronológico, las actividades que ha llevado a cabo desde su egreso de la escuela de medicina hasta la fecha, incluido el período durante el cual haya prestado servicio militar.

NOTA: Si hubo una interrupción en la cronología, utilice una hoja aparte para indicar dicha actividad, el lugar en que la llevó a cabo y las fechas.

Tipo de actividad profesional	Hospital	Lugar	Fecha de inicio	Fecha de conclusión
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año
_____	_____	_____	_____ Mes Año	_____ Mes Año

TIEMPO TOTAL: EJERCIENDO LA PROFESIÓN _____ años ENSEÑANZA _____ años
ADMINISTRACIÓN _____ años INVESTIGACIÓN _____ años

HOSPITAL PRINCIPAL DONDE USTED PRACTICA:

Institución principal _____ Servicio activo
Ciudad/Estado _____ Fecha de inicio _____ No. de teléfono _____

Indique el nombre:
Del DIRECTOR DEL HOSPITAL _____

Del JEFE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA o del Departamento en que labora _____

OTROS HOSPITALES DONDE USTED TAMBIEN PRACTICA

1. _____ Servicio activo
Ciudad /Estado _____ Fecha de inicio _____ No. de teléfono _____

2. _____ Servicio activo
Ciudad /Estado _____ Fecha de inicio _____ No. de teléfono _____

¿LE FUERON ALGUNA VEZ DENEGADOS, RESTRINGIDOS O RESCINDIDOS SUS PRIVILEGIOS DE MIEMBRO DEL PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL? NO SÍ

Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles en una hoja separada.

AFILIACIONES EN SOCIEDADES NACIONALES E INTERNACIONALES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA: (Indique si, además de ser miembro, ocupa un cargo directivo en la misma.)

NOTA: ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER COMPLETADA POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SU INSTITUCIÓN PRINCIPAL.

DECLARACIÓN DE RESPALDO DEL HOSPITAL

Por este medio certifico que _____ es miembro activo y debidamente acreditado del personal médico.

Sólo en práctica privada

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Por este medio solicito ingreso como Fellow a ACOG y certifico que las declaraciones contenidas en esta solicitud y sus adjuntos son correctas; reconozco, además, que cualquier falsificación constituye causa para mi descalificación. También por este medio autorizo a ACOG a que obtenga cualquier información que considere pertinente para evaluar mi conducta moral, ética y profesional. Acepto asimismo que ACOG podrá dirigirse a las personas e instituciones nombradas en mi solicitud, así como a cualesquiera otras personas que ACOG considere conveniente o necesario para evaluar mi solicitud. Acepto que no se me dará a conocer ni la identidad de esas personas ni la naturaleza de la información por ellas suministrada y que toda información proporcionada a ACOG en respuesta a dichas averiguaciones tendrá carácter confidencial y no estará sujeta a mi examen ni al de ninguna otra persona actuando en mi nombre. Acepto que solo ACOG evaluará mis calificaciones y determinará si mi solicitud es aceptada. Si mi solicitud fuera aceptada, prometo cumplir con los Estatutos y Código de Ética Profesional de ACOG. Convengo asimismo que si mi solicitud no fuese objeto de una decisión favorable, no atribuiré ninguna responsabilidad legal por tal acción ni a ACOG ni a ninguno de sus directores, miembros o agentes.

COMPROMISO

Si soy electo Fellow de ACOG prometo obedecer las normas, estatutos y códigos de ética profesional de ACOG. Prometo también notificar inmediatamente a ACOG si mi licencia profesional es revocada o es objeto de cualquier acción negativa o si no mantengo o pierdo mi certificación por el comité de acreditación apropiado.

FIRMA PERSONAL DEL SOLICITANTE _____ **FECHA** _____

1. _____
Firma
Presidente de SOCHOG

Fecha

2. _____
Firma
Presidente de la Sección de ACOG

Fecha

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

La cuota de tramitación, por la suma de US\$25.00, deberá ser cobrada a su tarjeta de crédito antes de iniciarse el proceso de tramitación.

Método de pago (en moneda estadounidense únicamente):

- MasterCard
- Visa
- American Express

Número de la tarjeta:

_____ - _____ - _____ - _____ Fecha de expiración: _____ / _____

Mes Año

Firme abajo para confirmar que, a su mejor saber y entender, toda la información contenida en esta solicitud es correcta, y que está de acuerdo con que le carguemos la suma de US\$25.00 a su tarjeta de crédito.

Firma _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha en que se recibió la solicitud _____
cuota _____

Fecha en que se recibió la

Monto recibido _____

Fechas de la información faltante:
