

SOLICITUD DE CREDENCIALIZACION DE PROFESIONISTAS INDEPENDIENTES



Número de Solicitud: _____

Fecha de Solicitud: _____



I. Datos generales

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Registro Federal Causantes: _____ CURP: _____

Dirección Particular: _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono Consultorio: _____

Teléfono Móvil: _____ Correo electrónico: _____

Consultorio: _____

II. Licenciatura

Universidad: _____ Periodo: _____

Grado Obtenido: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha Expedición: _____

III. Especialidad de Ingreso

Favor de señalar la Especialidad para la que solicita ingreso: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

IV. Especialidad Adicional

Favor de señalar la Especialidad adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

V. Especialidad Adicional

Favor de señalar la Especialidad adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

VI. Especialidad Adicional

Favor de señalar la Especialidad adicional: _____

Sede Hospitalaria: _____ Periodo: _____

Institución Educativa que avala Título: _____

Número de Cédula Profesional: _____ Fecha Expedición: _____

Número de Certificación de Consejo de Especialidad: _____ Periodo: _____

**SOLICITUD DE CREDENCIALIZACION DE PROFESIONISTAS
INDEPENDIENTES**



VII. Entrenamiento y/o Cursos Especiales

En este apartado señale los cursos y/o entrenamientos recibidos, que avalen su capacidad para realizar procedimientos o destrezas especiales y que hayan sido certificados por una Institución Hospitalaria y/o Universitaria, mediante un Diploma o Certificado.

Entrenamiento: _____
Sede: _____ Período: _____

Entrenamiento: _____
Sede: _____ Período: _____

Entrenamiento: _____
Sede: _____ Período: _____

Entrenamiento: _____
Sede: _____ Período: _____

VIII. Curso de Reanimación

Todos los profesionales médicos deben tener como mínimo un curso de reanimación básica. Los especialistas en anestesiología, medicina del enfermo en estado crítico, cardiólogos y neonatólogos, deben acreditar un curso de reanimación avanzada.

Entrenamiento: _____
Sede: _____ Vigencia: _____

Entrenamiento: _____
Sede: _____ Vigencia: _____

IX. Publicaciones

Título: _____ Año: _____

Referencia: _____

Título: _____ Año: _____

Referencia: _____

Título: _____ Año: _____

Referencia: _____

XII. Experiencia Laboral

Puesto: _____ Período: _____
Institución/Empresa: _____

Puesto: _____ Período: _____
Institución/Empresa: _____

Puesto: _____ Período: _____
Institución/Empresa: _____

SOLICITUD DE CREDENCIALIZACION DE PROFESIONISTAS INDEPENDIENTES



Certifico la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud y acepto que Médica Sur realice la verificación de fuente original de dicha información.

Nombre del Médico

Firma del Médico

Revisión de Candidato

Por favor revise y califique si el candidato cumple con los requisitos establecidos para formar parte del cuerpo médico con autorización para ingresar y tratar pacientes en Médica Sur.

Nombre del Director: _____

Dirección: _____ Fecha de Revisión: _____

Comentarios

Autorización de Credencialización

Dr. Jorge Hernández Ortíz
Director General Médico

Fecha de Autorización: _____

Validación

Ing. Ricardo Spínola Sevilla
Director General

Fecha de Validación: _____