

HERMOSILLO



SOLICITUD DE INGRESO AL CUERPO MEDICO DE HOSPITAL CIMA HERMOSILLO

FOTO

Paseo Rio San Miguel # 35
Col. Proyecto Rio Sonora
Tel. 662 259-09-00, ext. 1161
www.cimahermosillo.com

FECHA: _____

PRIVILEGIOS SOLICITADOS PARA LA ESPECIALIDAD DE: _____
POR FAVOR, LLENE CON LETRA DE MOLDE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO Y NO OMITA NINGUN DATO.
DONDE NO SEA POSIBLE DAR UNA CONTESTACION ESCRIBA N/A.

DATOS BIOGRAFICOS				<input type="checkbox"/> MASCULINO
				<input type="checkbox"/> FEMENINO
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	SEXO
	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	
	DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NUMERO Y COLONIA)			TELEFONO PARTICULAR
	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
	TELEFONO CELULAR Y O LOCALIZADOR Y CLAVE			CORREO ELECTRONICO
RFC	CURP			
NOMBRE DEL CONYUGE	FECHA DE NACIMIENTO			

LICENCIAS	CEDULA PROFESIONAL	REGISTRO DEL ESTADO
	REGISTRO S.S.A.	REGISTRO DE NARCOTICOS
	OTRAS:	

ACTIVIDAD PROFESIONAL

INSTITUCIONES PÚBLICAS EN LAS QUE LABORA O HA LABORADO

INSTITUCIÓN

NOMBRAMIENTO

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 INFECCIOSA 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

**REFERENCIAS
PERSONALES**

POR FAVOR ANOTE TRES REFERENCIAS PERSONALES CON NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO. DOS DE ELLAS DEBERAN CORRESPONDER A DOS MEDICOS DE SERVICIO CON LOS CUALES HAYA TENIDO RELACION DE AUTORIDAD Y UNA A UN MEDICO DE SU MISMA ESPECIALIDAD.

NOMBRE:

DIRECCION:

TELOFONO(S):

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO(S):

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO (S):

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO(S):

FIRMA DEL SECRETARIO DEL COMITE DE CREDENCIALES

- RECOMENDADO
- NO RECOMENDADO
- DIFERIDO

COMENTARIOS:

LUGAR Y FECHA: _____



Como una condición a mi aceptación como miembro del Cuerpo Médico del 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 del Hospital CIMA y acepto regirme por los principios 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