



**SOLICITUD PARA PERTENECER AL CUERPO MÉDICO
DEL CENTRO MÉDICO PUERTA DE HIERRO**

Por medio de la presente manifiesto interés en pertenecer al Staff de Cortesía del “Centro Médico Puerta de Hierro” en la inteligencia de que esta solicitud será estudiada por el comité evaluador y responderá según las políticas de aceptación.

Fecha ___/___/___

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)

Fecha de nac. día/mes/año	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Edo. Civil

Idiomas que habla/ calidad %				
1. /	2. /	3. /		

* Título de Médico Cirujano
Expedido por: _____ Fecha _____

* Título de la Especialidad de
Expedido por: _____ Fecha _____

Cédula D.G.P.	S.S.A	CURP	R.F.C.

Institución del Sector Salud en la que presta sus servicios			
Puesto	Teléfonos	Horario	Antigüedad

Hospitales donde interna (Enlistar de acuerdo a la importancia de su práctica actual)	
1.- _____	2.- _____
3.- _____	4.- _____
5.- _____	6.- _____

Anote los siguientes datos de los profesionistas que integran su equipo de manejo médico	
1. Nombre	Especialidad
Forma de participar	
2. Nombre	Especialidad
Forma de participar	

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL MÉDICO

° Domicilio Particular:

Calle	Número Exterior/Interior
Colonia	C.P.
	Teléfono (área)
	()
Delegacion o municipio	Ciudad
	Estado
Teléfono celular	

° Consultorio:

Calle		Número Exterior/Interior	
Colonia	C.P.	Teléfono (área)	
		()	
Delegacion o municipio	Ciudad	Estado	
Entre que calles:			
Referencias cercanas de localización (centros comerciales, cines, monumentos, parques o jardines, etc)			
Radio localizador	Clave	Teléfono adicional	Fax
E-mail			

° Datos de su asistente del consultorio:

Nombre	
Puesto	Título profesional

° Referencias Profesionales: Favor de anotar nombres y direcciones de tres colegas con los que Usted haya tenido relación laboral y/o profesional

Nombre	
Domicilio	
Puesto	Título profesional

Nombre	
Domicilio	
Puesto	Título profesional

Nombre	
Domicilio	
Puesto	Título profesional

Distribución Horario de Consulta

Matutino

Vespertino

lunes De: _____ A _____ Hrs.

martes De: _____ A _____ Hrs.

miércoles De: _____ A _____ Hrs.

jueves De: _____ A _____ Hrs.

viernes De: _____ A _____ Hrs.

sábado De: _____ A _____ Hrs.

lunes De: _____ A _____ Hrs.

martes De: _____ A _____ Hrs.

miércoles De: _____ A _____ Hrs.

jueves De: _____ A _____ Hrs.

viernes De: _____ A _____ Hrs.

sábado De: _____ A _____ Hrs.

Nombre

Firma

Favor de anexar los siguientes documentos:(en una carpeta color beige tamaño carta)

1. Curriculum Vitae breve (máximo 3 cuartillas, sin engargolar)
2. Tres fotografías tamaño infantil
3. Copia del título profesional, tamaño carta (Anverso y reverso)
4. Copia de cédula profesional (Anverso y reverso)
5. Copia de cédula de la especialidad (Anverso y reverso)
6. Copia de diploma de internado
7. Copia del certificado de la especialidad
8. Copia del diploma de la asociación de la especialidad a la que pertenece
9. Copia del certificado y/o recertificado del consejo de su especialidad
10. Lista de cargos desempeñados recientemente y/o actuales
11. Dos referencias de colegas que los puedan recomendar
12. Copia de póliza de seguro de responsabilidad civil
13. cedula de RFC.

Recepción de trámite y documentos

Oficinas de Dirección Medica General Adjunta. Av. Empresarios No. 150-1A.
Col. Puerta de Hierro. C.P. 45116.
Teléfono (33) 38.48.40.00 Ext.2139