



ACOG
THE AMERICAN CONGRESS
OF OBSTETRICIANS
AND GYNECOLOGISTS

ACOG
The American Congress 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 FELLOWSHIP**

CHILE

ACOG 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 maquina.
2. La firma del solicitante deberá figurar en la pagina 2.
3. Incluya una copia de su vigente licencia/cedula profesional para el ejercicio de su profesión. Este es un requisito a fin de procesar su solicitud.
4. La solicitud deberá ir acompañada por la suma de \$100 (en dólares de los EEUU) por concepto de cuota de trámite de la solicitud. Si desea pagar con tarjeta de crédito, por favor provea la información requerida en la pagina 3.
5. El tramite de la solicitud puede tomar cuatro (4) meses en el caso que el formulario este completo*.
6. Envíe su solicitud completa a:

Dr. Eugenio Suárez
Presidente
Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología
Román Díaz 205, Of. 205
Providencia
Santiago, Chile
Tel: (56-2) 235 0133
Email: esuarez@sochog.cl

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

SOLICITUD DE INGRESO COMO FELLOW

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

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

GRUPO ÉTNICO:

Indígenas Americanos o nativos de Alaska o Asiático Asiático
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco (no Hispano o Latino) Mas de dos razas

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.

NOTA: A FIN DE PROCESAR SU SOLICITUD DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU CERTIFICACIÓN DONDE INDIQUE LA FECHA DEL APROBADO.

LA CERTIFICACIÓN ES UNA CONDICIÓN PARA EL INGRESO (Marque una entidad).

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia _____
Mes Año

Comité de Acreditación de FECASOG-ACOG (CAFA) _____
Mes Año

Otra Certificación Acreditada: _____
Mes Año

práctica primaria	tipo de práctica	grupo de práctica		
_____	_____	_____	_____	_____
			Mes Año	Mes Año
_____	_____	_____	_____	_____
			Mes Año	Mes Año

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

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

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo certifico que toda la información contenida en la solicitud de admisión como miembro del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (referidos colectivamente como "ACOG") es verdadera y exacta. Por la presente reconozco y acepto que ACOG podrá revisar y evaluar mi posición moral, ética y profesional en la evaluación de esta solicitud de membresía, y si es admitido, por mi condición de miembro permanente. Además, autorizo a ACOG para hacer cualquier consulta y todo lo que considere necesaria para evaluar la solicitud. También estoy de acuerdo que yo no tengo derecho a ser informado de la identidad de las personas o instituciones a partir de la información que ha sido solicitada o recibida y que toda la información proporcionada a ACOG en relación con el proceso de solicitud será confidencial y no sujeta a examen por mí o por cualquier persona que actúe en mi nombre. Estoy de acuerdo en que el ACOG tiene la discreción para determinar mi aptitud para ser Fellow de la ACOG. Si mi solicitud no se dé curso favorable, estoy de acuerdo que no celebrará el ACOG, sus oficiales, miembros o empleados legalmente responsables de tal acción.

COMPROMISO

Si es aceptado como miembro de ACOG, me comprometo a cumplir con los estatutos y el Código de Ética Profesional del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, ya que pueden ser revisados de vez en cuando. Además, estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a ACOG si ha habido alguna acción adversa en contra de mi licencia médica en cualquier jurisdicción o si ya no estoy certificado por la Junta Americana de Obstetricia y Ginecología o la placa certificarán sobre la cual se predica estado miembro.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

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\$100.00 a su tarjeta de crédito.

Firma _____ Fecha _____

Date Application Received _____

Date Fee Received _____ Amount Received \$ _____

Missing information correspondence dates:
