ACOG
The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
P.O. Box 70620 • Washington, DC 20024-9998 • (202) 314-2343
and
The American College of Obstetricians and Gynecologists

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE INGRESO PARA FELLOWSHIP

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

1. COMPLETAR PAGINAS 1, 2 Y 3. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MAQUINA.

2. LA FIRMA DEL SOLICITANTE DEBERÁ APARECER EN LA PÁGINAS 2 .

3. LOS SOLICITANTES DEBEN ADJUNTAR CON ESTE FORMULARIO SU LICENCIA MÉDICA (S) Y SU CERTIFICACIÓN.

4. LA SOLICITUD DEBERÁ IR ACOMPAÑADA POR LA SUMA DE $100 (EN DÓLARES DE LOS EE.UU.) POR CONCEPTO DE CUOTA DE TRÁMITE DE LA SOLICITUD. SI DESEA PAGAR CON TARJETA DE CRÉDITO, POR FAVOR PROVEA LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN LA PÁGINA 3.

5. EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD PUEDE TOMAR CUATRO (4) MESES EN EL CASO QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO*.

6. ENVÍE SU SOLICITUD COMPLETA A:
   ACOG, Membership Services Dept.
   409 12th St., SW, P.O. Box 70620
   Washington, DC 20024-9998
   USA

ACOG
THE AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

ACOG

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
P.O. Box 70620 • Washington, DC 20024-9998 • (202) 314-2343
and
The American College of Obstetricians and Gynecologists

SOLICITUD DE INGRESO COMO FELLOW

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

ESCRIBA SU NOMBRE COMO DESEA QUE APAREZCA EN TODOS LOS DOCUMENTOS, CORRESPONDENCIA, ETC DE ACOG.

(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

DIRECCIÓN POSTAL_____

_____

CIUDAD _____DELEGACION O MUNICIPIO _____

ESTADO_____ PAIS_____

CÓDIGO POSTAL_____ No. de TELÉFONO_____

FECHA DE NACIMIENTO _____ GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA*: _____

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

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

CEDULA PROFESIONAL / LICENCIA PARA EJERCER:
PAÍSES (Enumere todos) _____ NÚMERO(S)_____

¿Renunció alguna vez a su licencia médica, o le fue alguna vez revocada, suspendida o restringida?

☐ NO ☐ SI *Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles 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 membresia, 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. Ademas, 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 certifican sobre la cual se predica estado miembro.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____
FECHA_____

INFORMACIÓN REFERENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO

Si desea pagar con tarjeta de crédito, por favor provea la siguiente información:
Método de pago:

__ MasterCard

__ Visa

__ American Express

Número de la tarjeta:

_____-_____-_____-_____ Fecha de expiración: _____/_____
Mes Año

Firme abajo para confirmar que, a su leal saber y entender, toda la información contenida en esta solicitud es correcta, y que está de acuerdo con que le cobremos 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:

_____

_____

_____

_____

_____