ACOG

The American College 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 MIEMBROS HISTORICOS DE (Válida hasta el 31 de diciembre de 2011)

REPUBLICA DOMINICANA

El Colegio 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 4.

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. Incluya evidencia de membresía en alguna sociedad/organización de obstetricia y ginecología de su país.

5. Envíe su formulario completo a:

   Presidente
   Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
   Av. Máximo Gómez Esq. José Contreras
   Plaza Comercial Gazcue, Suite 312
   Santa Domingo
   República Dominicana
   Tel: 809-689-7672
   Email: obstetricia@codetel.net.do

ACOG

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

SOLICITUD DE INGRESO PARA MIEMBROS HISTORICOS

REPUBLICA DOMINICANA

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 PATERNO APELLIDO MATERNO
(Limitado a 26 caracteres)

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 ☐

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.

Por favor liste su certificación y/o acreditación, año en que la recibió y fecha de vencimiento:

_____
Organización año fecha de vencimiento

_____
Organización año fecha de vencimiento

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

ESTUDIOS MÉDICOS:

Institución _____ Lugar _____ Fecha de conclusión _____
Mes Año

Institución _____ Lugar _____ Fecha de conclusión _____
Mes Año

Indique, en orden cronológico, las actividades que ha llevado a cabo desde su egreso de la escuela de medicina hasta la fecha, incluido el período durante el cual haya prestado servicio militar.

NOTA: Si hubo una interrupción en la cronología, utilice una hoja aparte para indicar dicha actividad, el lugar en que la llevó a cabo y las fechas.

Tipo de actividad profesional	Hospital	Lugar	Fecha de inicio	Fecha de conclusión
			Mes Año	*Mes Año*
			Mes Año	*Mes Año*
			Mes Año	*Mes Año*
			Mes Año	*Mes Año*
			Mes Año	*Mes Año*
			Mes Año	*Mes Año*
			Mes Año	*Mes Año*

TIEMPO TOTAL: EJERCIENDO LA PROFESIÓN _____ años ENSEÑANZA _____ años

ADMINISTRACIÓN _____ años INVESTIGACIÓN _____años

HOSPITAL PRINCIPAL DONDE USTED PRACTICA:

Institución principal _____ ☐ Servicio activo

Ciudad/Estado _____ Fecha de inicio _____ No. de teléfono _____

Indique el nombre:
Del DIRECTOR DEL HOSPITAL _____

Del JEFE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA o del Departamento en que labora _____

OTROS HOSPITALES DONDE USTED TAMBIEN PRACTICA

1. _____ ☐ Servicio activo

Ciudad /Estado _____ Fecha de inicio _____ No. de teléfono _____

2. _____ ☐ Servicio activo

Ciudad /Estado _____ Fecha de inicio _____ No. de teléfono _____

¿LE FUERON ALGUNA VEZ DENEGADOS, RESTRINGIDOS O RESCINDIDOS SUS PRIVILEGIOS DE MIEMBRO DEL PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL? ☐ NO ☐ SÍ
Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles en una hoja separada.

AFILIACIONES EN SOCIEDADES NACIONALES E INTERNACIONALES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA: (Indique si, además de ser miembro, ocupa un cargo directivo en la misma.)

_____

_____

NOTA: ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER COMPLETADA POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SU INSTITUCIÓN PRINCIPAL.

DECLARACIÓN DE RESPALDO DEL HOSPITAL

Por este medio certifico que _____es miembro activo y debidamente acreditado del personal médico.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Por este medio solicito ingreso como Fellow a ACOG y certifico que las declaraciones contenidas en esta solicitud y sus adjuntos son correctas; reconozco, además, que cualquier falsificación constituye causa para mi descalificación. También por este medio autorizo a ACOG a que obtenga cualquier información que considere pertinente para evaluar mi conducta moral, ética y profesional.. Acepto asimismo que ACOG podrá dirigirse a las personas e instituciones nombradas en mi solicitud, así como a cualesquiera otras personas que ACOG considere conveniente o necesario para evaluar mi solicitud. Acepto que no se me dará a conocer ni la identidad de esas personas ni la naturaleza de la información por ellas suministrada y que toda información proporcionada a ACOG en respuesta a dichas averiguaciones tendrá carácter confidencial y no estará sujeta a mi examen ni al de ninguna otra persona actuando en mi nombre. Acepto que solo ACOG evaluara mis calificaciones y determinara si mi solicitud es aceptada. Si mi solicitud fuera aceptada, prometo cumplir con los Estatutos y Código de Ética Profesional de ACOG. Convengo asimismo que si mi solicitud no fuese objeto de una decisión favorable, no atribuiré ninguna responsabilidad legal por tal acción ni a ACOG ni a ninguno de sus directores, miembros o agentes.

COMPROMISO

Si soy electo Fellow de ACOG prometo obedecer las normas, estatutos y códigos de ética profesional de ACOG. Prometo también notificar inmediatamente a ACOG si mi licencia profesional es revocada o es objeto de cualquier acción negativa o si no mantengo o pierdo mi certificación por el comité de acreditación apropiado.

FIRMA PERSONAL DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

1. _____
FIRMA DE PROPONENTE

Presidente de SDOG

2. _____
FIRMA

Dr. Luis Rojas MD
Presidente de CARDA

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$25.00 a su tarjeta de crédito.

Firma _____Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha en que se recibió la solicitud _____ Fecha en que se recibió la cuota_____

Monto recibido _____ Fechas de la información faltante: