ACOG
THE AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

ACOG

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD PARA JUNIOR FELLOW

LLENE EN SU TOTALIDAD TODAS LAS HOJAS DE LA SOLICITUD. POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE CON TINTA NEGRA.

1) LA FIRMA DEL SOLICITANTE DEBE APARECER EN LA PÁGINA 2.

2) EL DIRECTOR DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA DE OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA O EL JEFE DE ENSEÑANZA O EL PROFESOR TITULAR DEL CURSO DEBE LLENAR Y FIRMAR LA DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA EN LA PÁGINA 2.

3) EL MEDICO QUE PROPONE DEBE SER FELLOW DE ACOG Y DEL MISMO PAÍS DEL SOLICITANTE.

4) ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD DEBIDAMENTE COMPLETADA A: ACOG, Membership Services Department, 409 12th St., SW, PO Box 70620, Washington, DC 20024-9998

5) El proceso de inscripción se inicia en el momento en que ACOG recibe la solicitud debidamente completada. La revisión y aprobación de la inscripción del JUNIOR FELLOW se realiza mensualmente. La notificación de que la solicitud ha sido admitida tarda aproximadamente de 2 a 4 semanas.

CUOTA DE MEMBRESÍA ES DE $75.00 (SETENTA Y CINCO DÓLARES*)*, si esta en un programa de residencia.
CUOTA DE MEMBRESÍA ES DE $150.00 (CIENTO CINCUENTA DÓLARES*)*, si se ha graduado en un programa de residencia.
Deberá enviarse junto con la solicitud

Forma de pago

____ Cheque ____ MasterCard ____ Visa ____ American Express

Número de tarjeta _____/_____/_____/_____ Fecha de expiración: _____/_____

Firma: _____

Teléfono: _____

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL

Fecha en que se recibió la solicitud _____

Fechas omitidas de la información:

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) 863-2406
and
The American College of Obstetricians and Gynecologists

Formato de solicitud para

JUNIOR FELLOW

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

(Recuerde que si desea que aparezcan sus dos apellidos debe unirlos por un guión, de otra forma aparecerá el apellido materno)

NOMBRE _____
Primer nombre Segundo nombre Apellidos

DIRECCIÓN_____

CIUDAD _____DELEGACIÓN O MUNICIPIO_____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ PAÍS _____

NÚM. TELÉFONO (_____)_____ E-MAIL/DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO*_____

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

CIUDADANÍA _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ GÉNERO ☐ FEMENINO
Día Mes Año ☐ MASCULINO

CEDULA PROFESIONAL / LICENCIA PARA EJERCER EXPEDIDA EN:
PAÍS_____ NUMERO _____

NOTA: FAVOR DE ANEXAR UNA COPIA DE SU CEDULA PROFESIONAL / LICENCIA PARA EJERCER

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO QUE RENUNCIAR A SU LICENCIA MEDICA O ALGUNA VEZ SU LICENCIA MEDICA HA SIDO REVOCADA, SUSPENDIDA, RESTRINGIDA O SOMETIDA A ALGUNA MEDIDA ADVERSA? ☐No ☐Sí Si la respuesta es sí, favor de explicar las razones

_____

_____

Incluya su historia profesional cronológica, desde la escuela de medicina hasta la actualidad:

Entrenamiento /Tipo de actividad prof.	Hospital	Ubicación	Fecha de inicio	Fecha de conclusión

NOTA: Si dentro de su historia profesional cronológica existe algún receso, utilice una hoja por separado indicando la actividad realizada durante ese tiempo, lugar y fecha.

EJERCICIO MEDICO HOSPITALARIO

Institución Principal _____ Ciudad/Estado _____
Fecha de Inicio __/__/__ Fecha de Terminación __/__/__ Teléfono _____Nombre del Director del hospital _____

Nombre del Jefe de Ginecología y Obstetricia o del Departamento en el cual ha laborado que labora
_____

Otras Instituciones _____ Ciudad/Estado _____
Fecha de Inicio __/__/__ de Terminación __/__/__ Teléfono _____

¿SUS PRIVILEGIOS HOSPITALARIOS HAN SIDO ALGUNA VEZ DENEGADOS, REVOCADOS, SUSPENDIDOS O SOMETIDOS A ALGUNA MEDIDA ADVERSA? ☐ No ☐ Si Si la respuesta es sí, favor de explicar las razones
_____

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN POR EL DIRECTOR DEL PROGRAMA, EL JEFE DE ENSEÑANZA O EL PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Residente candidato para JUNIOR FELLOW *(* Llenado obligatorio)*

Fecha de inicio en el programa/residencia* _____/ _____/ _____
Día *Mes* *Año*
Fecha estimada de conclusión del programa/residencia * _____/ _____/ _____
Día *Mes* *Año*
Nombre del director del programa */ El jefe de enseñanza o el profesor titular del curso
_____ _____
Escriba a máquina o en letra de imprenta ***Núm. de identificación de miembro de ACOG***
Teléfono * *(*_____)_____Firma del director del programa /el jefe de enseñanza o el profesor titular del curso *_____
*Si el director del programa mencionado arriba NO es miembro de ACOG, es necesario que un Miembro del Distrito llene esta sección.

MEDICO QUE PROPONE

El medico que propone al candidato debe ser **Fellow** de ACOG y pertenecer al mismo distrito que el candidato. Yo, siendo Fellow al corriente del ACOG y del mismo distrito que el candidato, deseo proponer a este candidato para JUNIOR FELLOW. Conozco al candidato desde hace ___ años y/o ___meses. Hasta donde es de mi conocimiento, el candidato reúne los requisitos para JUNIOR FELLOW de acuerdo con el Estatuto del ACOG. Certifico que he leído este formato y firmado en el espacio respectivo.

_____ FACOG _____
Firma del medico que propone (requerido) *Nombre del medico que propone (requerido)*

_____ _____/_____/_____ _____
Ciudad, Estado *Fecha* *Numero de identificación de ACOG*

Certificación y Autorización

Yo certifico que toda la información contenida en la solicitud de admisión como Junior Fellow del American Congress of Obstetricians and Gynecologists y el American College of Obstetricians and Gynecologists (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 adhesión, 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 ACOG tiene la discreción absoluta para determinar mi aptitud para ser Junior Fellow de ACOG. Si mi solicitud no se dé curso favorable, estoy de acuerdo en que ACOG, sus oficiales, miembros o empleados no son legalmente responsables de tal acción.

Compromiso

Si soy aceptado como Junior Fellow de ACOG, me comprometo a cumplir con los estatutos y el Código de Ética Profesional del American Congress of Obstetricians and Gynecologists y el American College of Obstetricians and Gynecologists, ya que pueden ser revisados ocasionalmente. Por otra parte, estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a ACOG si ha habido alguna acción adversa en contra de mi licencia médica en cualquier jurisdicción.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____