



## ACOG

American College of Obstetricians and Gynecologists  
409 12th Street, SW  
P.O. Box 96920 • Washington, DC 20024-2188 • (202) 863-2455

---

### INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE FELLOW

#### COLOMBIA

El estatus de Fellow solo se concede después de que se haya recibido una solicitud completa, es procesado y aprobado. Por favor espere hasta seis semanas para procesar. Después de que se ha otorgado la aprobación, los nuevos Fellows son admitidos y notificados por correo electrónico mensualmente.

1. Complete todas las páginas en su totalidad.
2. Incluye una copia de su licencia para practicar medicina y certificación en la sociedad/organización de obstetricia y ginecología de su país.
3. Debe firmar y fechar en la sección "Certificación y Autorización" y "Compromiso".
4. Los solicitantes deben pagar una tasa de solicitud de \$ 100.00 (USD), que es una tarifa única separada de las cuotas de membresía. Las cuotas se facturan una vez que es admitido como miembro. Esta tarifa de procesamiento debe enviarse junto con la solicitud y no es reembolsable. Las solicitudes no se procesarán hasta que se haya recibido la tasa de solicitud. El pago puede hacerse con las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard o American Express.
5. Por favor envíe a:

**Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)**  
**Carrera 15 No. 98-42**  
**Of. 204-205**  
**Bogotá, Colombia**



# ACOG

American College of Obstetricians and Gynecologists  
409 12th Street, SW  
P.O. Box 96920 • Washington, DC 20024-2188 • (202) 863-2455

## SOLICITUD FELLOW

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido(s) Licenciatura(s)

CALLE: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA: \_\_\_\_\_

PAÍS: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

\*CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*  Marque la casilla para recibir mensajes electrónicos comerciales que cubran cuestiones relacionadas con su membresía y / o próximas publicaciones o programas. Una vez admitido como miembro, puede actualizar sus preferencias de correo electrónico en cualquier momento en [www.acog.org/myacog](http://www.acog.org/myacog).

GENERO:  Femenino  Masculino  No binario FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Prefiero no responder  Prefiero autodescribir: \_\_\_\_\_ Mes Día Año

ETNICIDAD:  Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Hispano o Latino  
 Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico  Blanco (no Hispano o Latino)  Dos o Más Razas

¿SERVICIO MILITAR ACTIVO ACTUAL?:  No  Sí Rango: \_\_\_\_\_ Rama de Servicio: \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD O ORGANIZACIÓN DE SU PAIS (INCLUIR UNA COPIA):

Consejo Americana de Obstetricia y Ginecología (ABOG): \_\_\_\_\_  
Fecha de Certificación Fecha de Expiración

Otra Certificación: \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de Certificación Fecha de Expiración

¿LE FUERON ALGUNA VEZ DENEGADOS, RESTRINGIDOS O RESCINDIDOS SUS PRIVILEGIOS COMO MIEMBRO DEL PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL?

No  Sí Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles a continuación o en una página separada.

**LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA (INCLUIR UNA COPIA):**

PAÍS/ ESTADO (Listar Todos): \_\_\_\_\_

NÚMERO / FECHA DE EXPIRACIÓN (Listar Todos): \_\_\_\_\_

**¿RENUNCIO ALGUNA VEZ SU LICENCIA MEDICA, O LE FUE ALGUNA VEZ REVOCADA, SUSPENDIDA, O RESTRINGIDA?**

No  Sí Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles a continuación o en una página separada.

**PRÁCTICA Y ESPECIALIDAD:**

1) Práctica Primaria (elegir uno):

- Obstetricia y Ginecología
- Solo Obstetricia
- Solo Ginecología
- Solo Oficina
- Otro: \_\_\_\_\_

2) Subespecialidad (elegir uno):

- Medicina Materna Fetal
- Endocrinología Reproductiva e Infertilidad
- Oncólogo Ginecológico
- Medicina Pélvica Femenina y Cirugía Reconstructiva
- Obstetricia y Ginecología General
- Retirado
- Otro

3) Configuración de Práctica (elegir uno):

- Solo
- Ob-Gyn Grupo (indicar número \_\_\_\_\_)
- Multiespecialidad (indicar número \_\_\_\_\_)
- Militar/Gobierno
- Modelo de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO en inglés)
- Escuela de Medicina / Universidad / Hospital Docente
- Médico Interino
- Otro: \_\_\_\_\_

4) Empleado por (elegir uno)

- Gobierno
- Modelo de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO en inglés)
- Hospital/ Organización Responsables por la Salud (ACO en inglés)
- Grupo de multiespecialidades (Kaiser, Mayo, etc.)
- Ob-Gyn Grupo
- Autónomo (propietario / socio)
- Escuela de Medicina / Universidad / Hospital Docente
- Retirado
- Otro

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, certifico que toda la información contenida en la solicitud de membresía como miembro del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) es verdadera y precisa. Por la presente reconozco y acepto que ACOG puede revisar y evaluar mi posición moral, ética y profesional en la evaluación de esta solicitud de membresía, y si es admitida, para continuar siendo miembro. Además, autorizo a ACOG a realizar todas las consultas que considere necesarias para evaluar esta solicitud. Además, acuerdo que no tendré derecho a ser informado de la identidad de las personas o instituciones de las cuales se solicitó o recibí información y que toda la información proporcionada a ACOG en relación con este proceso de solicitud será confidencial y no estará sujeta a examen por parte de yo o cualquier persona que actúe en mi nombre. Acepto que ACOG tiene la discreción exclusiva de determinar mi aptitud para ser miembro de ACOG. Si no se actúa favorablemente en mi solicitud, acepto que no responsabilizaré legalmente a ACOG, sus funcionarios, miembros o empleados por tal acción.

**COMPROMISO**

Si soy admitido como miembro de ACOG, me comprometo a cumplir con los estatutos y el Código de Ética Profesional de ACOG, ya que pueden ser revisados de vez en cuando. Además, acepto notificar a ACOG inmediatamente si se han tomado medidas adversas contra mi licencia médica en cualquier jurisdicción o si ya no estoy certificado por el Consejo Americano de Obstetricia y Ginecología o cualquier otra organización reconocida por ACOG como entidad certificadora.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN DE PAGO

La tasa de procesamiento de la solicitud Fellow por un monto de \$100.00 (USD) debe pagarse antes de que comience el procesamiento de la solicitud. Esta tasa única está separada de las cuotas de membresía. Las cuotas se facturan una vez que es admitido como miembro. Se puede contactar con ACOG Servicios de Membresía en [membership@acog.org](mailto:membership@acog.org) o 202-863-2455, si tiene alguna pregunta.

Método de Pago:       Cheque                       Visa                               Mastercard                       American Express

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración \_\_\_\_\_

Código de seguridad  
(Número CVV): \_\_\_\_\_

Dirección postal del  
titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cantidad:                      \$100.00 (USD)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

## OFFICE USE ONLY

Date Application Received: \_\_\_\_\_

Date Application Fee Received: \_\_\_\_\_

Amount of Application Fee Received: \$\_\_\_\_\_

Missing Information Correspondence Dates:
