

FORMATO DE AFILIACIÓN ASOCIADO ADJUNTO RESIDENTE



Cundinamarquesa
Sociedad De Anestesiología

Fecha de solicitud de ingreso

1. Datos del residente

Nombre:

Cedula: Edad: Estado Civil:

Lugar y fecha de nacimiento:

Dirección de residencia: Teléfono:

Correo electrónico: Celular:

Entidad a la cual está vinculado:

Dirección:

2. Estudios (Institución y fechas de estudio)

Básica Secundaria:

Universitarios:

Fecha de grado Médico: Diploma:

Registro Médico:

Especialización:

Universidad:

Rural: Realizado Exonerado Pendiente

Fecha de inicio de residencia Fecha proyectada de finalización de residencia

3. Otros estudios (Cursos de 20 o más horas de intensidad)

4. Área (s) de la anestesiología de mayor interés para ustedes

Anestesia para Op. Ambulatoria: Anestesia para para paciente de alto riesgo:

Cardiovascular: Cuidado Intensivo: Dolor: Neuroanestesia:

Obstétrica: Pediátrica: Trauma: Otras:

5. Cargos desempeñados (Cargo institucional)

6. Trabajos científicos realizados (Títulos y fechas)

7. Publicaciones realizadas (Títulos, sitio y fecha de publicación)

8. Otras sociedades a las que pertenecen (Fecha de admitido como miembro)

9. Autorización de Uso de Datos Personales

Sus datos personales han sido y están siendo tratados conforme con nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales. Para mayor información podrá consultar nuestra política en la página web: www.cundinamarquesa.org

La autorización suministrada en el presente formulario faculta a la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología para que dé a sus datos aquí recopilados el tratamiento señalado en el Manual de Habeas de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología y la legislación vigente, las cuales incluyen, entre otras, el envío de información promocional, la invitación a eventos, así como información del servicio. El titular de los datos podrá, en cualquier momento, solicitar que la información sea consultada, rectificada, actualizada o retirada de las bases de datos de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología escribiéndonos al correo: comunicaciones@cundinamarquesa.org

Nombre y Firma del aspirante

Espacio para las Directivas de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología:

Aceptado:

Rechazado:

Fecha:

Firma:

Presidente

Firma:

Secretario

Firma:

Vo Bo del Fiscal