



SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

INTERAMERICAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

SOCIETE INTERAMERICAINE DE CARDIOLOGIE

SOCIEDADE INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

Administrative Office: Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez",
Juan Badiano No.1, 14080 México, D. F.
Tel y Fax (+52-55) 5513-5177 Tel. (+52-55) 5573-2911 Ext. 1311
E-mail: siac@siacardio.com Web-site: www.siacardio.com

FORMULARIO DE APLICACION DEL FELLOWSHIP

DATOS PERSONALES

Nombre..... Apellidos.....

Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)..... Sexo: M F

Domicilio Postal: Institución Domicilio

Calle..... Ciudad.....

Estado/Provincia..... País.....

Código postal.....

Teléfono.....

Correo electrónico.....

CARTAS DE APOYO

Favor de escribir los datos de sus auspiciantes. Las cartas de apoyo deben de ser incluidas en la aplicación.

1- Nombre.....

a. Dirección.....

b. Correo electrónico.....

2- Nombre.....

a. Dirección.....



SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

INTERAMERICAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

SOCIETE INTERAMERICAINE DE CARDIOLOGIE

SOCIEDADE INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

Administrative Office: Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez",
 Juan Badiano No.1, 14080 México, D. F.
 Tel y Fax (+52-55) 5513-5177 Tel. (+52-55) 5573-2911 Ext. 1311
 E-mail: siac@siacardio.com Web-site: www.siacardio.com

b. Correo electrónico

3- Nombre.....

a. Dirección.....

b. Correo electrónico:.....

DATOS DE PRACTICA MEDICA

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solo Práctica | <input type="checkbox"/> Hospital Particular |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Práctica Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Hospital Gubernamental o Agencia – Militar |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Práctica de varias especialidades | <input type="checkbox"/> Hospital Gubernamental o Agencia-- Otro |
| <input type="checkbox"/> Escuela de Medicina o Universidad-Profesor | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Escuela de Medicina o Universidad- Otro | |

Favor de indicar el porcentaje de tiempo que dedica a las siguientes subespecialidades:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ___ Cardiología Intervencionista | ___ Electrofisiología | ___ RMN Cardiológica |
| ___ Ecoardiología / Ecocardiografía | ___ Medicina Nuclear | ___ Insuf. cardiaca & Transplante Cardiaco |
| ___ Cardiopatías Congénitas de adulto | ___ Cardiología Preventiva | ___ Cardiología Pediátrica |
| ___ Medicina vascular | ___ Cardiología Clínica/Cardiología Gral | ___ Otro (especifique) |
| ___ Cirugía Cardiovascular | ___ TC Cardiológica | |

CERTIFICACIONES

Certificación primaria	Fecha	Certificado subespecialidad	fecha	Certificado subespecialidad	fecha
Medicina interna		Enf. Cardiovascular		Cuidados Intensivos	
Medicina pediátrica		Cardiología pediátrica		Electrofisiología	
Cirugía		Cirugía torácica		Intervencionista	
Otra		Otra:		Otra:	

CURSOS DE POSGRADO

Nombre, Ciudad y Estado de Institución	Area de especialización	Fechas incluidas	Duración (años)



SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

INTERAMERICAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

SOCIETE INTERAMERICAINE DE CARDIOLOGIE

SOCIEDADE INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

Administrative Office: Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez",
Juan Badiano No.1, 14080 México, D. F.
Tel y Fax (+52-55) 5513-5177 Tel. (+52-55) 5573-2911 Ext. 1311
E-mail: siac@siacardio.com Web-site: www.siacardio.com

EDUCACION

	Nombre de Institución	Ciudad / Estado	Fecha graduación	Grado
Universidad				
Medicina de pregrado				

NOMBRAMIENTOS ACADEMICOS

Nombre, Ciudad y Estado de Institución	Cargo o título	Fechas incluidos	Duración (años)

NOMBRAMIENTOS HOSPITALARIOS

Nombre, Ciudad y Estado de Institución	Cargo o título	Fechas incluidos	Duración (años)

DECLARACIONES

1.- ¿Alguna vez le han suspendido, eliminado o reducido su licencia médica?



SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

INTERAMERICAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

SOCIETE INTERAMERICAINE DE CARDIOLOGIE

SOCIEDADE INTERAMERICANA DE CARDIOLOGIA

Administrative Office: Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez",
Juan Badiano No.1, 14080 México, D. F.
Tel y Fax (+52-55) 5513-5177 Tel. (+52-55) 5573-2911 Ext. 1311
E-mail: siac@siacardio.com Web-site: www.siacardio.com

Si No En caso afirmativo, explicar con detalle en hoja separada

2- ¿Alguna vez han sido denegados, reducidos o rescindidos por alguna razón sus privilegios como empleado,?

Si No En caso afirmativo, explicar con detalle en hoja separada

3- ¿Alguna vez se han tomado medidas disciplinarias en su contra por una sociedad médica, institución académica o agencia gubernamental?

Si No En caso afirmativo, explicar con detalle en hoja separada

4.- ¿Alguna vez ha sido condenado o declarado culpable de un delito grave?

Si No En caso afirmativo, explicar con detalle en hoja separada