

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Foto

**I. Datos Generales**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposa (a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Dirección Particular:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_

Teléfono de consultorio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**II. Licenciatura:**

Universidad: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Grado obtenido: \_\_\_\_\_

Número de Cédula Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

**III. Especialidad de Ingreso:**

Favor de señalar la Especialidad para la que solicita ingreso: \_\_\_\_\_

Sede Hospitalaria: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Institución Educativa que avala el Título: \_\_\_\_\_

Número de Cédula Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

Número de Certificación de Consejo: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

**IV. Especialidad Adicional:**

Favor de señalar la Especialidad adicional: \_\_\_\_\_

Sede Hospitalaria: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Institución Educativa que avala el Título: \_\_\_\_\_

Número de Cédula Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

Número de Certificación de Consejo: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

**V. Entrenamiento y/o Cursos Especiales**

En este apartado señale los cursos y/o entrenamientos recibidos, que avalen su capacidad para realizar procedimientos o destrezas especiales y que hayan sido certificados por una institución Hospitalaria y/o Universitaria, mediante un Diploma o Certificado.

Entrenamiento: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Entrenamiento: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Entrenamiento: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

**VI. Curso de Reanimación:**

Todos los profesionales médicos deben tener como mínimo un curso de reanimación básica. Los especialistas en Anestesiología, Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Cardiología y Neonatología, deben acreditar un curso de reanimación avanzada.

Entrenamiento: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Entrenamiento: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

### VII. Publicaciones

Breve fotocopia del artículo, o copia si es resumen.

Total de Publicaciones: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### VIII. Experiencia Laboral

Puesto: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Institución/Empresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Institución/Empresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Institución/Empresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IX. Motivo por el que aplica a Médica Sur:**

---

---

---

---

---

**Certifico la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud y apruebo que Médica Sur realice la verificación de fuente original de dicha información. Asimismo, acepto los reglamentos y acuerdos de Médica Sur Sociedad de Médicos A.C., Fundación Clínica Médica Sur y Médica Sur S.A.B. de C.V.**

Si:

No:

---

**Nombre del Médico Solicitante**

---

**Firma del Médico**

**X. Revisión del Candidato**

Por favor revise y califique si el candidato cumple con los requisitos establecidos para formar parte del cuerpo médico con autorización para ingresar y tratar pacientes en Médica Sur.

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_

Número de procedimientos autorizados: \_\_\_\_\_

Número de procedimientos rechazados: \_\_\_\_\_

Fecha de renovación de privilegios: \_\_\_\_\_

Comentarios:

**Autorización:**

---

**Dr. Octavio González Chon**  
**Director Médico**

**Fecha de Autorización:** \_\_\_\_\_