

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO
REGISTRO MEDICOS REVISORES DE FICHA CLINICA

ANTECEDENTES PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
NACIONALIDAD	CÉDULA IDENTIDAD (C/ PUNTO Y GUIÓN)		SEXO (F / M)	FECHA DE NACIMIENTO	

ANTECEDENTES PROFESIONALES

UNIVERSIDAD QUE OTORGÓ TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO	
IDENTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD	(si no tiene especialidad indicar textualmente "sin especialidad")
ESPECIALIDAD CERTIFICADA (SÍ / NO)	(llenar este campo sólo en caso de tener especialidad)
NOMBRE DEL ORGANISMO QUE CERTIFICA LA ESPECIALIDAD	
IDENTIFICACIÓN DE SUBESPECIALIDAD	(si no tiene subespecialidad, indicar textualmente "sin Subespecialidad")
SUBESPECIALIDAD CERTIFICADA (SÍ/ NO)	(llenar este campo sólo en caso de tener Subespecialidad)
NOMBRE DEL ORGANISMO QUE CERTIFICA LA SUBESPECIALIDAD	

ESTABLECIMIENTO(S) DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑA:

Cualquiera sea la relación laboral o contractual con el o los establecimientos de salud en que se desempeña, entendiéndose por tales: clínicas, hospitales, centros médicos, consulta médica privada, etc. [especificar con un "no" si no se desempeña en algún establecimiento de salud]

UBICACION DEL LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA:

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO (CALLE Y N°)	
LOCALIDAD , PROVINCIA O REGIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL	
TELÉFONO(S) DE CONTACTO	
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	(especificar con un "NO" si no tiene correo electrónico)

Enviar a Fax: 2 410 584