	HOSPITAL DEL VALLE DEPARTAMENTO DE ARCHIVO MÉDICO	Código	FR-SCAF-AMED-031
		Revisión	1.0
	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN MÉDICA	Sustituye	N/A
		Fecha	18- Noviembre- 2014
		Página	1 de 2

Nombres y Apellidos _____

Lugar de residencia. _____

Estado Civil. _____ Nacionalidad _____

N° de identidad. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono _____ Numero de colegiación _____

Especialidad a la que aplica. _____

Sub- especialidad (es) a) _____

b) _____

c) _____

Tres referencias personales¹. (Entregar tres cartas de referencia escritas)

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Nombre y dirección completa de la(s) universidad(es) en la(s) que se formó como especialista y/o sub especialista²


a) _____

b) _____

c) _____

¹ Al menos una de estas referencias debe ser emitida por un miembro activo del staff del HDV, y una al menos emitida por un profesional de la misma especialidad

² Si son más de tres colocar las más recientes e importantes

 Hospital del Valle	HOSPITAL DEL VALLE DEPARTAMENTO DE ARCHIVO MÉDICO	Código	FR-SCAF-AMED-031
		Revisión	1.0
	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN MÉDICA	Sustituye	N/A
		Fecha	18- Noviembre- 2014
		Página	2 de 2

En el pasado se le ha denegado o suspendido temporal o definitivamente la membrecía o ejercicio profesional en cualquier institución médica nacional o extranjera, pública o privada.

SI ___

NO ___

¿Padece o ha padecido alguna limitación física o mental que comprometan su práctica profesional?

Si ___ Cuales _____

No ___

¿Utiliza o ha utilizado drogas o sustancias químicas que podrían comprometer la práctica médica?

Si ___

No ___

¿Ha tenido o tiene sentencias legales relacionadas o no con la práctica médica.

Si ___

No ___

Con la presente autorizo al HDV para que verifique la información que aquí proporciono.

Lugar y fecha

Firma del solicitante