

SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE SERVICIOS PARA LA FORMACION DE ESPECIALISTAS

Santa Fe,

Sr. Presidente del Colegio de Médicos de la Pcia
de Santa Fe - 1ra. Circunscripción

Dr.....

De mi consideración:

En mi carácter de
solicito la inscripción del mismo en el Registro de Servicios para la formación de especialistas de ese Colegio,
conforme a la resolución de Mesa Directiva de fecha 3 de agosto de 1995, Acta N° 1646 y reglamento
aprobado que declaro conocer y aceptar en todas sus partes, procediendo a retirar copia del mismo. Me
comprometo a comunicar semestralmente toda modificación y/o cambio que se produzca con carácter de
declaración jurada en la presente solicitud.

Firma:

Aclaración:

DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre del establecimiento:

Domicilio: N°: Departamento: Localidad:

Teléfono: Mail:

Nombre del Médico Director/es:

CUERPO PROFESIONAL:

Jefe/s de Servicios:

Médicos que se desempeñan:

Nombre y Apellido:

Especialidad:

Residentes N° _____ Tiempo que dura la residencia: _____

Concurrentes N° _____ Tiempo que dura la concurrencia: _____

ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO:

Consultorio externo Diario: _____ Semanal: _____

Horario: _____ N° de días por semana: _____

Horario: _____

N° de enfermos por mes (aproximadamente): _____

Guardia médica permanente: Activa: _____ Pasiva: _____

Actividades complementarias:

Laboratorio: si no Realiza rutinas: _____

Realiza estudios especiales: _____

Movimiento mensual aproximadamente de pacientes: _____

Radiología si no Realiza estudios simples: _____

Realiza estudios especiales: _____

indicar aparato/s (milimetraje y kilovoltaje): _____

Movimiento mensual aproximadamente de pacientes: _____

Anatomía Patológica si no

Otras: _____

ACTIVIDADES DOCENTES:

Programa de entrenamiento: si no

Reuniones científicas: si no (semanales) (mensuales)

Seminarios: si no

Clases magistrales: si no

Trabajos prácticos: si no

Evaluación periódica: si no

Tiene elenco docente: si no