



# COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, A.C.

## Solicitud de Ingreso

Foto

**Favor de llenar la solicitud en forma completa**

Fecha

### DATOS PERSONALES

Nombre  Apellido Paterno  Apellido Materno

Nombre completo de acuerdo a su acta de nacimiento

Fecha de Nacimiento  Lugar de Nacimiento  Nacionalidad

Estado Civil  R.F.C.  C.U.R.P.

Fax  Celular  Correo Electrónico

### DIRECCIÓN PARTICULAR

Calle y No.  Colonia

Del. o Mpio.  Cd.  Edo.  C.P.  Tel.

### DIRECCIÓN CONSULTORIO

Calle y No.  Colonia

Del. o Mpio.  Cd.  Edo.  C.P.  Tel.

### DIRECCIÓN FISCAL

Nombre Fiscal  R.F.C.

Calle y No.  Colonia

Del. o Mpio.  Cd.  Edo.  C.P.

Cédula Profesional  Especialidad  Cédula de Especialista

**CERTIFICADO POR EL CONSEJO MEXICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  Si  No

No. de Certificación  Fecha de Vigencia de Certificación

### INFORMACIÓN NECESARIA SI TIENE OTRA ESPECIALIDAD Y/O CERTIFICACIÓN

agregar imagen(es)

Otra Especialidad  Certificado por

No. de Certificación  Fecha de Vigencia de Certificación

### HOSPITALES DONDE TRABAJA

Hospital  Puesto  Teléfono  Horario

Hospital  Puesto  Teléfono  Horario

Hospital  Puesto  Teléfono  Horario

# ESTUDIOS MÉDICOS

## LICENCIATURA

Carrera	Escuela o Facultad	Universidad	Año de Inicio	Año de Terminación

## POSTGRADO

## ESPECIALIDAD

Especialidad	Hospital	Institución	Año de Inicio	Año de Terminación

## OTRA ESPECIALIDAD

Especialidad	Hospital	Institución	Año de Inicio	Año de Terminación

¿Ha tenido algún problema médico legal o ha sido limitado en alguna forma para ejercer la especialidad en una institución pública o privada?  Si  No

(En caso afirmativo favor de anexar una hoja explicando de manera breve y concisa. Esta información es confidencial y no constituye en sí misma un impedimento para ser aceptado).

Hago constar que toda la información que he asentado en mi solicitud es verídica y entiendo que el COMEGO se reserva el derecho de verificarla.

_____ Nombre y firma del Solicitante	_____ Nombre y firma Colegiado Titular	_____ Fecha de aceptación
_____ Nombre y firma Colegiado Titular	_____ Nombre y firma Comité de Membresía	_____ Fecha de juramento
La antigüedad de los Colegiados Titulares que apoyen esta solicitud debe ser de 5 años o mas		_____ Fecha de entrega de constancia

- Colegiado TITULAR     Colegiado ADSCRITO     Colegiado ADJUNTO     Colegiado ASPIRANTE     Correspondiente EXTRANJERO

Solicitud sujeta a aprobación del Comité de Membresía, del Consejo Directivo y la Asamblea General

Esta solicitud deberá acompañarse de imagen del Título de Médico Cirujano y Certificación o Recertificación, según la categoría solicitada.

Una vez requisitado el formato, imprímalo para firma autográficamente con tinta azul