



Sociedad Venezolana de Medicina Crítica

PLANILLA DE INSCRIPCION REQUISITOS

FOTO

NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

Cédula de Identidad N°: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de habitación: _____

Universidad en que obtuvo el Título: _____

Fecha: _____ **Médico Cirujano:** _____

Doctor en Ciencias Médicas: _____ **Fecha:** _____

Tesis de Grado (Título): _____

Reválida: _____ **Fecha:** _____ **Universidad:** _____

Miembro Activo del Colegio de Médicos de: _____

N°. Inscripción: _____ **Especialidades Reconocidas:** _____

Solvencia Deontológico: _____ **Solvencia Económica:** _____

Medicatura Rural: _____

desde: _____ **hasta:** _____

Internado Rotatorio: _____

Residencia de: _____

Lugar: _____

Desde: _____ Hasta: _____

Post-Grado de: _____

Lugar: _____

Desde: _____

Residencia en Medicina Crítica: _____

Lugar: _____

Desde: _____ Hasta: _____

Trabajó en Medicina Crítica? SI _____ NO _____

Lugar: _____

Cargo: _____

Nº de horas diarias en Medicina Crítica: _____

Trabaja actualmente en Medicina Crítica?: SI _____ NO _____

Lugar: _____

Desde: _____ Hasta: _____

TRABAJO CIENTÍFICOS PUBLICADOS (Hoja Anexa) _____

Otras Sociedades a que pertenece (anote fecha de ingreso y calificación): _____

REFERENCIA DE TRES (3) MIEMBROS TITULARES SOLVENTES de la S.V.M.C. (están exceptos los Miembros Fundadores)

NOMBRE _____ FIRMA _____

NOMBRE _____ FIRMA _____

NOMBRE _____ FIRMA _____

Anexar copia de los Documentos que respaldan los datos suministrados en esta planilla, los requisitos más importantes son:

“Constancia de Reconocimientos como Médico Intensivista Expedida por el Colegio Médico y Copia en Fondo Negro del Título de Medicina Crítica.

- **Título de Médico Cirujano (Fondo Negro)**
- **Constancia del Reconocimiento de Médico de Intensivistas en Original, expedido por el Colegio Médico y de la Institución donde obtuvo el Título.**
- **Constancia de Solvencia del Colegio Médico respectivo.**
- **Certificación Deontología y Declaración Jurada de Cargo.**
- **Solvencia F.M.V.**

FIRMA _____

FECHA _____