



SOLICITUD DE INGRESO  
AL CUERPO MÉDICO DE  
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P.

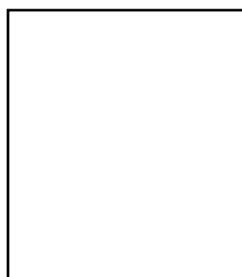
DR(A).

\_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD(ES) EN LA(S) QUE DESEO OBTENER PRIVILEGIOS CLÍNICOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



FOTO

\_\_\_\_\_ FECHA

RECOMENDADO POR LOS DOCTORES

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

AYUDANTE

PERMISO TEMPORAL

C.M. ACTIVO C

DATOS GENERALES

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_

C.U.R.P. \_\_\_\_\_

CÉDULA PROFESIONAL No. \_\_\_\_\_

CÉDULA(S) DE ESPECIALIDAD(ES)

MÉDICA(S) No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU ESPOSA(O) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SUS HIJOS \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSULTORIO

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

REDES SOCIALES \_\_\_\_\_

ESCUELA O FACULTAD DE MEDICINA

(LUGAR Y PERIODO) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LUGAR Y PERIODO DEL INTERNADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE LLEVO A CABO

SU SERVICIO SOCIAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LUGAR Y PERIODO DE LA(S) RESIDENCIA(S)

DE ESPECIALIDAD(ES) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOMICILIO, TELÉFONO Y NOMBRE DEL JEFE DE ENSEÑANZA DE LA INSTITUCIÓN EN  
DONDE LLEVÓ A CABO SU(S) RESIDENCIA(S), ASI COMO DE SU(S) PROFESOR(ES) DE  
CURSO(S)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VIGENCIA Y NOMBRE DEL CONSEJO DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS

DE ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONTRIBUCIÓN A LA LITERATURA MÉDICA

(FAVOR DE ANOTAR REFERENCIAS Y ANEXAR SOBRE-TIRO O FOTOCOPIA DE LOS  
MISMOS)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al hacer esta solicitud me comprometo a acatar los Estatutos del Cuerpo Médico y el Código de Ética Médica de The American British Medical Center, I.A.P., a participar en el Programa de Enseñanza, a prestar atención gratuita a los pacientes de las Clínicas de Asistencia Privada y a aquellos Pacientes de Asistencia Privada que sean beneficiarios de programas de la Institución, sin importar hora y día de la semana y a ejercer la medicina con el más estricto apego a la ética profesional, prestando atención continua y observar la evolución de mis pacientes.

Asimismo me comprometo a aceptar nombramientos para desarrollar el plan de aseguramiento de Calidad del Centro Médico ABC y a desempeñar las demás funciones y actividades profesionales que solicite el Patronato, el Cuerpo Médico y la Administración del Centro Médico ABC; así como asistir a las reuniones a las que se me convoque , a desarrollar las funciones que me señalen, a cumplir las disposiciones que en el presente o en el futuro sean establecidas por el Patronato, el Director General, el Vicepresidente Medico y/o el Director del Cuerpo Médico, así como con las resoluciones tomadas en las juntas del Cuerpo Médico; y a dirigirme de manera colegiada con los miembros del Cuerpo Médico, con el personal de apoyo y con la Administración del Centro Médico ABC. En caso de no cumplir con cualquiera de las disposiciones anteriores, me doy por enterado que puedo hacerme acreedor a sanciones.

Asimismo, como complemento al Aviso de Privacidad para Médicos de The American British Medical Center, I.A.P., autorizo a la Institución, para que la presente Solicitud, junto con todos y cada uno de los documentos que se me requieran, sean proporcionados a la Asociación Médica del Centro Médico ABC, A.C., a fin de que dicha Asociación pueda revisar y en su caso, aprobar mi ingreso a la misma, de conformidad con los Estatutos Sociales que la rigen.

Por otro lado, e independientemente de mi obligación de secreto profesional, me obligo al cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento (la "Ley de Datos"), comprometiéndome a las siguientes obligaciones de entre otras establecidas por la Ley de Datos:

(i) Respetar y salvaguardar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad respecto de los datos personales , financieros o sensibles a los que tenga acceso como Miembro del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC, ya sea que los datos personales me sean proporcionados por personas dentro del Centro Médico ABC y sus clientes o proveedores o por cualquier otro tercero (los "Datos Personales"); (ii) Tratar los Datos Personales de los pacientes que atienda en el Centro Médico ABC únicamente para los fines propios de la atención médica y en su caso, obtener de los mismos, el Aviso de Privacidad correspondiente; (iii) Respetar y cumplir todos los manuales y procedimientos del Centro Médico ABC en relación con la Protección de Datos Personales; (iv) Asistir a las pláticas que determine el Centro Médico ABC en relación a los Datos Personales; (v) Consultar y respetar los avisos de privacidad aplicables a los Datos Personales a los que tenga acceso ; (vi) Avisar de la manera más pronta y oportuna al Comité de Privacidad del Centro Médico ABC y en caso de no poder acudir o informar a dicho Comité de Privacidad, al Director Médico de la Línea de Servicio, Gerente o Coordinador de Especialidad, al Director del Cuerpo Médico o al Vicepresidente Medico, sobre cualquier acto u omisión de algún otro médico, de algún empleado del Centro Médico ABC o tercero, que pudiera resultar violatoria para aquel de las obligaciones arriba enumeradas, de las que el suscrito sepa, escuche o tenga conocimiento.

---

FIRMA

Si tiene alguna duda sobre el llenado de esta solicitud, favor de contactar a Paola Salazar a [atencionCM@abchospital.com](mailto:atencionCM@abchospital.com) y a [ccmedicoobs@abchospital.com](mailto:ccmedicoobs@abchospital.com)