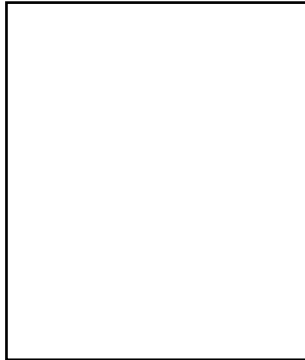




**Solicitud de Ingreso al Cuerpo Médico de  
The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.**

Fecha \_\_\_\_\_



**FOTO**

**Dr (a).**

\_\_\_\_\_

**Especialidad(es) en la(s) que deseo obtener Privilegios Clínicos**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendado por los doctores**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

AYUDANTE

PERMISO

CUERPO MÉDICO

## Datos generales

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_ C.U.R.P.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre de su esposa (o): \_\_\_\_\_

Nombre de sus hijos: \_\_\_\_\_

## Domicilio particular

Calle y No.: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Domicilio consultorio

Calle y No.: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Otros Datos

Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Redes Sociales: \_\_\_\_\_

Idiomas que domina: \_\_\_\_\_

**Educación**

**Escuela o Facultad de Medicina (lugar y periodo)**

---

---

**Internado (lugar y periodo)**

---

---

**Servicio Social (Institución y periodo)**

---

---

**Cédula Profesional**

Número: \_\_\_\_\_

**Residencia(s) de Especialidad(es) (nombre, lugar y periodo)**

---

---

---

---

**Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) Residencia(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)**

---

---

---

---

**Cédula (s) Especialidades**

**Nombre de la especialidad**

**Número de cédula**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Consejo de los Certificados Médicos de Especialidad (vigencia y nombre)**

---

---

---

---

**1. Otros estudios**

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Subespecialidad | <input type="checkbox"/> Alta Especialidad | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Fellowship        | <input type="checkbox"/> Curso     |

**Nombre, lugar y periodo**

---

---

---

---

**Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) estudio(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)**

---

---

---

---

**Cédula profesional (sólo si aplica)**

Número: \_\_\_\_\_

**Consejo del Certificado Médico de Especialidad**

**(vigencia y nombre, sólo si aplica)**

---

---

**2. Otros estudios**

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Subespecialidad | <input type="checkbox"/> Alta Especialidad | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Fellowship        | <input type="checkbox"/> Curso     |

**Nombre, lugar y periodo**

---

---

**Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) estudio(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)**

---

---

---

---

**Cédula profesional (sólo si aplica)**

Número: \_\_\_\_\_

**Consejo del Certificado Médico de Especialidad**

**(vigencia y nombre, sólo si aplica)**

---

---

**3. Otros estudios**

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Subespecialidad | <input type="checkbox"/> Alta Especialidad | <input type="checkbox"/> Diplomado |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Fellowship        | <input type="checkbox"/> Curso     |

**Nombre, lugar y periodo**

---

---

**Domicilio, Teléfono y Nombre del Jefe de Enseñanza de la Institución en donde llevó a cabo su(s) estudio(s), así como de su(s) Profesor(es) de curso(s)**

---

---

---

---

**Cédula profesional (sólo si aplica)**

Número: \_\_\_\_\_

**Consejo del Certificado Médico de Especialidad**

**(vigencia y nombre, sólo si aplica)**

---

---

**Contribución a la Literatura Médica**

---

---

---

---

---

**Historia laboral**

**Nombre de la Institución donde trabaja**

---

---

---

**Horario Laboral:**

---

---

**Puesto/Nombramiento:**

---

---

**Otras Afiliaciones Hospitalarias**

**Nombre de los Hospitales en donde tiene Privilegios Clínicos**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

**Número de los pacientes que atiende anualmente en cada uno de los Hospitales a los que está afiliado**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

**¿Actual o anteriormente ocupó algún puesto dentro del Centro Médico ABC, ya sea empleado, residente, ayudante, permiso o miembro del Cuerpo Médico?**

---

---

**Grupo Médico**

**Nombre de los médicos con los que se va integrar en el Centro Médico ABC:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



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 Médico 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 Médico, 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 la Lic. Paola Salazar en el siguiente correo:

[atencionCM@abchospital.com](mailto:atencionCM@abchospital.com)