



SOLICITUD DE CANDIDATO

Escriba claramente en inglés (una solicitud incompleta retrasará la activación de la membresía).

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

NOMBRE PRIMERO	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	MD	DO	PHD	MBBS
			DEGREES			
OTRA LICENCIATURA (ESPECIFIQUE)		FECHA DE NACIMIENTO	VARON	HEMBRA		
			GÉNERO			
NOMBRE PRIMERO DE SU CÓNYUGE	SEGUNDO	APELLIDO				
DIRECCIÓN PREFERENTE DE CORREO (Por favor, elija una sola)		UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN	HOGAR			

INFORMACIÓN DE UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN

NOMBRE DE UNIVERSIDAD/INSTITUCIÓN			
DIRECCIÓN 1			
DIRECCIÓN 2			
DIRECCIÓN 3			
CUIDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
TELÉFONO DE OFICINA		CORREO ELECTRÓNICO DE OFICINA	
FAX DE OFICINA	SITIO		

Todas las comunicaciones de ASCRS serán enviadas a la dirección del miembro candidato para asegurar la entrega, por lo que se requiere la siguiente información.

INFORMACIÓN DE DOMICILIO

DIRECCIÓN 1			
DIRECCIÓN 2			
DIRECCIÓN 3			
CUIDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
TELÉFONO DE HOGAR	TÉLEFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	

COMUNICACIONES

Revise cuidadosamente las opciones de comunicación. Recibirá todas las comunicaciones de ASCRS a menos que elija específicamente una o más de las siguientes preferencias de exclusión. Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con Servicios de Membresía para obtener aclaraciones.

ASCRS de vez en cuando proporciona direcciones de miembros solo a los proveedores que proporcionan productos y servicios a los cirujanos. Si prefiere salir de estas listas, marque esta casilla.

ASCRS publica la información de su dirección de residencia en el directorio de miembros. Si prefiere no incluir la información de su hogar en el directorio de miembros, marque esta casilla.

ASCRS publica la información de su universidad/instituto en el directorio de miembros. Si prefiere no incluir la información de instituto en el directorio de miembros, marque esta casilla.

ASCRS publica el nombre de su cónyuge en el directorio de miembros. Si prefiere no tener el nombre de su cónyuge en el directorio de miembros, tanto en línea como la copia impresa, marque esta casilla.

EDUCACIÓN

Por favor, liste todos las licenciaturas que ha completado y las que están persiguiendo.

LICENCIATURA 1	UNIVERSIDAD/INSTITUCION DE PREGRADO	DE	HASTA
LICENCIATURA 2	UNIVERSIDAD/INSTITUCION DE PREGRADO	DE	HASTA
TÍTULO UNIVERSITARIO 3	ESCUELA DE MEDICINA	DE	HASTA
TÍTULO UNIVERSITARIO 4	ESCUELA DE MEDICINA	DE	HASTA

PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO

Por favor, liste todos que aplican.

PASANTÍA	ESPECIALIDAD	DE	HASTA
INTERNADO 1	ESPECIALIDAD	DE	HASTA
INTERNADO 2	ESPECIALIDAD	DE	HASTA
INTERNADO 3	ESPECIALIDAD	DE	HASTA
BECA UNIVERSITARIA DE COLON & RECTO	ESPECIALIDAD	DE	HASTA
BECA UNIVERSITARIA ADICIONAL	ESPECIALIDAD	DE	HASTA

POR CONSIDERACIÓN

LOS SIGUIENTES PUNTOS DEBEN SER PRESENTADOS PARA QUE ASCRS PROCESEN SU SOLICITUD DE CANDIDATO.

- \$25 TARIFA DE CANDIDATO.
- CARTA DE RECOMENDACIÓN DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA CON LAS FECHAS DE INICIO Y FIN DE LA RESIDENCIA O BECA.

VERIFICACIÓN DEL CANDIDATO

CERTIFICO POR EL PRESENTE QUE HE LEÍDO Y ESTARÁ ABORDADO POR LOS PRECEPTORES DE LOS ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD; Y QUE TODA LA INFORMACION REGISTRADADA EN LA SOLICITUD Y CUALQUIER DOCUMENTO ADJUNTO ES EXACTA Y APOYA MIS CALIFICACIONES PARA MIEMBRESÍA DE CANDIDATO EN ASCRS.

AL UNIRSE A ASCRS, USTED ACEPTA RECIBIR LA COMUNICACIÓN POR CORREO Y CORREO ELECTRÓNICO SOBRE LO SIGUIENTE: REUNIONES ANUALES; OPORTUNIDADES EDUCATIVAS, TALES COMO WEBINARS, CARSEP Y CREST MODULES; CARACTERISTICAS DEL SITIO WEB DE LOS MIEMBROS, TALES COMO BIBLIOTECA DE RECURSOS, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, ENCUENTRE UN CIRUJANO Y PARTIDO DE MENTORES; ASCRS NEWSLETTERS Y ACTUALIZACIONES; Y CORRESPONDENCIA GENERAL Y CORREO ELECTRÓNICO ESPECÍFICO SOBRE ASUNTOS DE IMPORTANCIA PARA LA COMUNIDAD DE ASCRS.

Fecha _____

Firma _____

MÉTODO DE PAGO

POR FAVOR, ENVÍE LA CUOTA DE SOLICITUD DE \$25 CON SU SOLICITUD COMPLETA Y CARTA DE RECOMEDACION A:

DIRECCIÓN	TELÉFONO	Si tiene preguntas, póngase en contacto con: ASCRS Departamento de Membresía membership@fascrs.org
ASCRS Departamento de Membresia One Parkview Plazam Suite 800 Oakbrook Terrace, IL 60181	(847) 686-2236	

IMPRIMA Y DEVUELVA CON SU PAGO

INFORMACIÓN DEL PAGO

CHECK: Para pagar con cheque, envíe esta solicitud completa a ASCRS con la tarifa de solicitud de \$ 25, \$ 25 para las cuotas anuales y toda la documentación requerida solicitada en la sección For Consideration. Por favor haga los cheques pagaderos a la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto.

TARJETA DE CRÉDITO: Para pagar con tarjeta de crédito, envíe esta solicitud completa a ASCRS con toda la documentación requerida solicitada en la sección For Consideration. Indique a una persona a la que se puede contactar para proporcionar su información de pago.

Nombre de contacto: _____

Teléfono / correo electrónico: _____