



SOLICITUD DE BECA MEDICA INTERNACIONAL

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

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

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

INFORMACIÓN DE OFICINA PRIMERA

NOMBRE DE EMPRESA			
DIRECCIÓN 1			
DIRECCIÓN 2			
DIRECCIÓN 3			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
TELÉFONO DE OFICINA		CORREO ELECTRÓNICO DE OFICINA	
FAX DE OFICINA		SITIO	

INFORMACIÓN DE OFICINA SEGUNDARIA

NOMBRE DE EMPRESA			
DIRECCIÓN 1			
DIRECCIÓN 2			
DIRECCIÓN 3			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
TELÉFONO DE OFICINA		CORREO ELECTRÓNICO DE OFICINA	
FAX DE OFICINA		SITIO SECUNDARIO	

INFORMACIÓN DE DOMICILIO

DIRECCIÓN 1

DIRECCIÓN 2

DIRECCIÓN 3

CUIDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

PAÍS

TELÉFONO DE HOGAR

TÉLEFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL

COMMUNICACIONES

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.

Información de la oficina para los miembros ASCRS se incluye en el sitio en la sección 'búsqueda de un cirujano' para pacientes y médicos a menos que un miembro solicite ser excluido, 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

CERTIFICACIONES

ABS CERTIFICACIÓN	NUMERO DE CERTIFICADO	FECHA
ABS RE-CERTIFICACIÓN	NUMERO DE CERTIFICADO	FECHA
ABCERS CERTIFICACIÓN	NUMERO DE CERTIFICADO	FECHA
ABCERS RE-CERTIFICACIÓN	NUMERO DE CERTIFICADO	FECHA
OTHER CERTIFICACIÓN	NUMERO DE CERTIFICADO	FECHA

AFILACIONES ACADÉMICAS ACTUALES

TÍTULO	UNIVERSIDAD/INSTITUCION
TÍTULO	UNIVERSIDAD/INSTITUCION

NOMBRAMIENTOS HOSPITALES ACTUALES

TÍTULO	NOMBRE DE HOSPITAL
TÍTULO	NOMBRE DE HOSPITAL
TÍTULO	NOMBRE DE HOSPITAL

CARACTERÍSTICAS DEL CONSULTORIO

1) ¿PARTICIPA EN CONSULTORIO PRIVADO?	SÍ	NO
2) PASO LA MAYORIA DEL MI TIEMPO EN:	CONSULTORIO SOLO	CONSULTORIO GRUPO
ACTIVIDAD DE CONSULTORIO PRIMERO:		ACTIVIDAD DE CONSULTORIO SECUNDARIO:
ACADÉMICO		ACADÉMICO
ADMINISTRACIÓN		ADMINISTRACIÓN
FUERZAS ARMADAS		FUERZAS ARMADAS
GOBIERNO		GOBIERNO
CONSULTORIO DE GRUPO		CONSULTORIO DE GRUPO
CONSULTORIO DE GRUPO ESPECIALIDADES MULTIPLES		CONSULTORIO DE GRUPO ESPECIALIDADES MULTIPLES
CONSULTORIO DE GRUPO ESPECIALIDAD SINGULAR		CONSULTORIO DE GRUPO ESPECIALIDAD SINGULAR
CONSULTORIO PRIVADO HMO		CONSULTORIO PRIVADO HMO
PERSONAL DEL HOSPITAL		PERSONAL DEL HOSPITAL
CONSULTORIO PRIVADO		CONSULTORIO PRIVADO
INVESTIGACIÓN		INVESTIGACIÓN
JUBILADO		JUBILADO
CONSULTORIO SOLO		CONSULTORIO SOLO

CARACTERISTICAS DEL CONSULTORIO

(CONTINUADO)

3) MI CONSULTORIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO ES:

LIMITADA A CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

NÚMERO DE AÑOS LIMITADO _____

NO LIMITADA A CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

PORCENTAJE DE CIRUGÍA QUE ES DE COLON Y RECTO _____%

4) CUAL PORCENTAJE DE SU CONSULTORIO ES:

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD ANORCULAR _____%

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DEL COLON _____%

COLONOSCOPIA _____%

ACCIONES DISCIPLINARIAS

1) ¿USTED HAS SIDO EL SUJETO DE CUALQUIER ACCIÓN DISCIPLINARIA POR UNA SOCIEDAD MÉDICA LOCAL O ESTATL O UN CUERPO MÉDICO DE LICENCIAS EN **LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**?

SÍ NO (En caso afirmativo, provee una explicación en una carta adjunta.)

2) ¿USTED HABÍA SUSPENDIDO, REVOCADO O MODIFICADO SUS PRIVILEGIOS HOSPITALARIOS EN **LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS**?

SÍ NO (En caso afirmativo, provee una explicación en una carta adjunta.)

AFILIACIONES DE MEMBRESIAS ACTUALES

MIEMBRO DE ACS? SÍ NO MIEMBRO DESDE _____

BECA DE ACS? SÍ NO MIEMBRO DESDE _____

AMA? SÍ NO MIEMBRO DESDE _____

AMA ID# _____

POR FAVOR, LISTE LAS SOCIEDADES MÉDICAS ACTUALES (ESCRIBALAS POR NOMBRE COMPLETO):

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

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 BECAS INTERNACIONALES 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 _____

CALIFICACIONES

PARA SER ELEGIBLE EN LA SOCIEDAD AMERICANA DE CIRUJANOS DE COLON Y RECTO, EL SOLICIANTE DEBE REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS: **CUOTAS ANUALES \$325 CUOTA DE SOLICITUD \$200**

PARA CALIFICARSE COMO COMSION INTERNACIONAL, EL SOLICITANTE DEBE:

1. Ser un graduado de una escuela de medicina acreditada por el Comité de Enlace de Educación Médica (LCME), una escuela acreditada de oste-Cumplir con todos los requisitos para Membresía.
2. Cumplido un mínimo de dos (2) años como miembro de la Sociedad.
3. Completar y firmar la Solicitud de Beca Internacional ASCRS.
4. Especializarse en la práctica de la cirugía de colon y recto durante al menos dos (2) años inmediatamente antes de la solicitud de beca. Este periodo de dos años puede comenzar cuando el solicitante termine el entrenamiento de colon y recto.
5. Asistir por lo menos a una (1) reunión anual de la Sociedad dentro de los tres (3) años inmediatamente anteriores a la solicitud de beca.

POR CONSIDERACIÓN

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

- Presentar la certificación de una junta quirúrgica nacional apropiada, la beca en algunos de los Royal Colleges of Surgeons (Colegios Reales de Cirujanos), y / o certificados de mayor finalización del entrenamiento en cirugía.
- Presente dos (2) cartas de recomendación de becarios de ASCRS familiarizados con el solicitante. Estas cartas deben atestiguar que al menos el 50% de la actividad clínica del solicitante se dedica a la práctica de la cirugía de colon y rectal por lo menos durante dos (2) años inmediatamente antes de la solicitud de beca.
- Presente una copia de su certificación equivalente a la American Board of Colon and Rectal Surgery (junta americana de cirugía colon y recto).
- Envíe una copia de su Currículum Vitae.
- Envíe una copia de su licencia médica actual.

MÉTODO DE PAGO

POR FAVOR, ENVIE LA TARIFA DE SOLICITUD DE \$200 Y TODA LA DOCUMENTACION REQUERIDA A:

DIRECCIÓN	FAX	TELÉFONO	Si tiene preguntas, póngase en contacto con: ASCRS Departamento de Membresía membership@fascrs.org
ASCRS Departamento de Membresía 85 W. Algonquin Rd., Suite 550 Arlington Heights, IL 60005	(847) 427-9656	Amanda Wiff, Gerente de Membresía (847) 725-2267	

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: _____