



## SOLICITUD DE MEMBRESÍA

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) MY PRACTICE OF COLON AND RECTAL SURGERY IS:

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 ESTADAL 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 MEMBRESÍA 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 DE MEMBRESIA EN LA SOCIEDAD AMERICANA DE CIRUJANOS DE COLON Y RECTO, EL SOLICIANTE DEBE REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS: **CUOTAS ANUALES \$325 CUOTA DE SOLICITUD \$100**

PARA CALIFICARSE COMO UN MIEMBRO, 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 osteopatía o una institución médica extranjera acreditada;
2. Estar completamente entrenado en cirugía general como lo demuestra (a) la certificación por la Junta Americana de Cirugía; (b) completar satisfactoriamente una residencia de cirugía general acreditada, como lo demuestra una carta de recomendación del director del programa de capacitación; O c) la realización de una formación en una institución médica extranjera acreditada que califica al solicitante para practicar cirugía general en su país de residencia.
3. Los solicitantes internacionales deben proporcionar una carta de su profesor indicando que han completado el entrenamiento de cirugía general y están practicando la cirugía con un interés en la cirugía de colon y rectal;
4. Tener licencia para ejercer la medicina en un estado de jurisdicción competente;
5. Ser de alto nivel moral, ético y profesional.

## POR CONSIDERACIÓN

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

- ENVÍE UNA COPIA DE UNA DE LAS SIGUIENTES:
  - Certificado de la Junta Americana de Cirugía
  - Copia de su carta de la Junta Americana de Cirugía
  - Carta de recomendación del director de su programa de capacitación que declare la realización satisfactoria de la residencia de cirugía general acreditada
  - Carta de su Profesor de la institución médica extranjera indicando que ha completado el entrenamiento de cirugía general y está practicando la cirugía con un interés en la cirugía de 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 \$100, LA CUOTA ANUAL DE \$325, 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: \_\_\_\_\_