



ACOG

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
P.O. Box 70620 • Washington, DC 20024-9998 • (202) 314-2343
and
The American College of Obstetricians and Gynecologists

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE INGRESO PARA FELLOWSHIP

REPUBLICA DOMINICANA

ACOG procede a tramitar la solicitud una vez que recibe la información completa.

1. **COMPLETAR PÁGINAS 1, 2 Y 3. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MAQUINA.**
2. **LA FIRMA DEL SOLICITANTE DEBERÁ APARECER EN LA PÁGINA 2.**
3. **LOS SOLICITANTES DEBEN ADJUNTAR CON ESTE FORMULARIO SU LICENCIA MÉDICA (S) Y SU CERTIFICACIÓN.**
4. **LA SOLICITUD DEBERÁ IR ACOMPAÑADA POR LA SUMA DE \$100 (EN DÓLARES DE LOS EE.UU.) POR CONCEPTO DE CUOTA DE TRÁMITE DE LA SOLICITUD. SI DESEA PAGAR CON TARJETA DE CRÉDITO, POR FAVOR PROVEA LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN LA PÁGINA 3.**
5. **EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD PUEDE TOMAR CUATRO (4) MESES EN EL CASO QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO*.**
6. **ENVÍE SU SOLICITUD COMPLETA A:**

Presidente
Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
Av. Máximo Gómez Esq. José Contreras
Plaza Comercial Gazcue, Suite 312
Santa Domingo
República Dominicana
Tel: 809-689-7672
Email: obstetricia@codetel.net.do



ACOG

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
P.O. Box 70620 • Washington, DC 20024-9998 • (202) 314-2343
and
The American College of Obstetricians and Gynecologists

SOLICITUD DE INGRESO COMO FELLOW

REPUBLICA DOMINICANA

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA ESCRIBA SU NOMBRE COMO DESEA QUE APAREZCA EN TODOS LOS DOCUMENTOS, CORRESPONDENCIA, ETC DE ACOG.

(Recuerde que si desea que aparezcan sus dos apellidos debe unirlos por un guión, de otra forma aparecerá únicamente el apellido materno)

NOMBRE _____
NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

DIRECCIÓN POSTAL _____

CIUDAD _____ DELEGACION O MUNICIPIO _____

ESTADO _____ PAIS _____

CÓDIGO POSTAL _____ No. de TELÉFONO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ GÉNERO MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA*: _____

***Aviso:** ACOG envía periódicamente mensajes electrónicos relacionados con cuestiones de actualidad. Si no desea recibir estas notificaciones, indíquelo marcando la siguiente casilla

GRUPO ETNICO:

- Indígenas Americanos o nativos de Alaska o Asiático Negro o Afroamericano Hispano o Latino
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco (no Hispano o Latino) Mas de dos razas

NOTA: A FIN DE INICIAR EL TRÁMITE DEL CASO, SU SOLICITUD DEBERÁ INCLUIR UNA COPIA DE SU ACTUAL CEDULA PROFESIONAL / LICENCIA PARA EJERCER.

CEDULA PROFESIONAL / LICENCIA PARA EJERCER:

PAÍSES (Enumere todos) _____ NÚMERO(S) _____

¿Renunció alguna vez a su licencia médica, o le fue alguna vez revocada, suspendida o restringida?

- NO SI Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles en una hoja separada.

NOTA: A FIN DE PROCESAR SU SOLICITUD DEBE INCLUIR UNA COPIA DE SU CERTIFICACIÓN DONDE INDIQUE LA FECHA DEL APROBADO.

LA CERTIFICACIÓN ES UNA CONDICIÓN PARA EL INGRESO (Marque una entidad).

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia _____
Mes Año

Comité de Acreditación de FECASOG-ACOG (CAFA) _____
Mes Año

Otra Certificación Acreditada: _____
Mes Año

| práctica primaria | tipo de práctica | grupo de práctica | | |
|-------------------|------------------|-------------------|---------|---------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | Mes Año | Mes Año |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | Mes Año | Mes Año |

¿LE FUERON ALGUNA VEZ DENEGADOS, RESTRINGIDOS O RESCINDIDOS SUS PRIVILEGIOS COMO MIEMBRO DEL PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL? NO SI

Si su respuesta es afirmativa, proporcione los detalles en una hoja separada.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo certifico que toda la información contenida en la solicitud de admisión como miembro del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (referidos colectivamente como "ACOG") es verdadera y exacta. Por la presente reconozco y acepto que ACOG podrá revisar y evaluar mi posición moral, ética y profesional en la evaluación de esta solicitud de membresía, y si es admitido, por mi condición de miembro permanente. Además, autorizo a ACOG para hacer cualquier consulta y todo lo que considere necesaria para evaluar la solicitud. También estoy de acuerdo que yo no tengo derecho a ser informado de la identidad de las personas o instituciones a partir de la información que ha sido solicitada o recibida y que toda la información proporcionada a ACOG en relación con el proceso de solicitud será confidencial y no sujeta a examen por mí o por cualquier persona que actúe en mi nombre. Estoy de acuerdo en que el ACOG tiene la discreción para determinar mi aptitud para ser Fellow de la ACOG. Si mi solicitud no se dé curso favorable, estoy de acuerdo que no celebrará el ACOG, sus oficiales, miembros o empleados legalmente responsables de tal acción.

COMPROMISO

Si es aceptado como miembro de ACOG, me comprometo a cumplir con los estatutos y el Código de Ética Profesional del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, ya que pueden ser revisados de vez en cuando. Además, estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a ACOG si ha habido alguna acción adversa en contra de mi licencia médica en cualquier jurisdicción o si ya no estoy certificado por la Junta Americana de Obstetricia y Ginecología o la placa certificar sobre la cual se predica estado miembro.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FECHA _____

INFORMACIÓN REFERENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO

Si desea pagar con tarjeta de crédito, por favor provea la siguiente información:
Método de pago:

MasterCard

Visa

American Express

Número de la tarjeta:

_____ - _____ - _____ - _____ Fecha de expiración: _____ / _____
Mes Año

Firme abajo para confirmar que, a su leal saber y entender, toda la información contenida en esta solicitud es correcta, y que está de acuerdo con que le cobremos la suma de US \$100.00 a su tarjeta de crédito.

Firma _____ **Fecha** _____

Date Application Received _____

Date Fee Received _____ Amount Received \$ _____

Missing information correspondence dates:
