



IDENTIFICACION, REGISTRO Y SOLICITUD DE SERVICIOS MEDICOS

Fecha de elaboración _____

1. Datos personales:

Nombre Dr. (a) _____
Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre (s)*

Título profesional en: _____ Núm. Cédula profesional _____

Título especialidad en: _____ Núm. Cédula especialidad _____

Certificación vigente _____
Fecha que comprende la constancia

Título subespecialidad _____ Cédula subespecialidad _____

Certificación vigente _____
Fecha que comprende la constancia

RFC _____ CURP _____ Lugar de nacimiento _____

Estado Civil _____ Teléfono particular _____

Celular _____ e-mail _____

Domicilio _____

2. Datos de Consultorio:

Teléfono _____

Domicilio _____





3. Referencias personales:

Dr (a) _____
Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre (s)*

Especialidad _____ Tel/Cel _____

Dr (a) _____
Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre (s)*

Especialidad _____ Tel/Cel _____

4. Centros de trabajo donde actualmente labora:

Nombre _____ Teléfono _____

Horario _____

Dirección _____

5. Motivo por el cual Usted desea ejercer su profesión de manera independiente en el Hospital de Especialidades Mig, S.A. de C.V.

- Por recomendación del algún médico _____
- Por recomendación de su paciente _____
- Otro _____

6. Tipo de registro solicitado: **Definitivo** _____ **Temporal** _____

Cortesía 1/2

Cortesía 2/2



7. Adjuntar a esta solicitud copia de los siguientes documentos:

- Curriculum vitae actualizado
- Certificación vigente del Consejo de Especialidad y/o comprobante del trámite
- Título Profesional y diploma
- Cédula Profesional
- Título Especialidad y diploma
- Cédula de Especialidad
- INE
- RFC
- Curp
- Comprobante de domicilio

8. EJERCICIO PROFESIONAL DE MANERA INDEPENDIENTE QUE PRETENDE DESARROLLAR DENTRO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MIG, S.A. DE C.V. (PRIVILEGIOS SOLICITADOS)

a) Atención clínica hospitalaria

- Medicina Interna Subespecialidad
- Cirugía General _____
- Gineco-obstetricia
- Pediatría
- Otras _____

b) Atención clínica y quirúrgica hospitalaria

- Cirugía general Subespecialidad
- Cirugía pediátrica _____
- Gineco-obstetricia
- Neurocirugía





- ___ Otorrinolaringología
- ___ Oftalmología
- ___ Otras _____

9. Consentimiento por parte del personal médico para solicitar informes

Al permitir que ejerza mi profesión de forma independiente en las instalaciones del Hospital de Especialidades Mig, S.A. de C.V. estoy consciente de que cualquier falsificación u omisión en la información que he proporcionado en esta solicitud puede traer como consecuencias el rechazo de la misma.

Manifiesto que por el hecho de ejercer mi profesión de médico de forma independiente, no adquiero ninguna relación laboral con el Hospital de Especialidades Mig, S.A. de C.V., ni con la Asociación Médica María Inmaculada de Guadalupe, A.C. en virtud de no serme aplicables los Artículos 1 y 8 de la Ley Federal del Trabajo.

De ser aprobado acepto regirme por los estándares que guían la actividad médica dentro la Institución. Acepto que en caso de que se requiera, el Hospital investigue los datos que he proporcionado y doy mi consentimiento para que las personas y/o instituciones que se consulten proporcionen la información requerida de acuerdo a los criterios para la evaluación de mi solicitud y persona.

Me comprometo a actuar con el restricto apego a la ética profesional y a proporcionar la actividad profesional a todos los pacientes que estén bajo mí responsabilidad dentro del Hospital.

Finalmente solo he solicitado los privilegios médicos para los cuales estoy debidamente capacitado.

Firma Médico solicitante

