



## **COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA CRÍTICA, A.C.**

*Cincinnati No. 40 – Despacho 201 Col. Nochebuena  
C.P. 03720, México, D.F. Tel. (55) 55-98-16-84 y (55) 56-II-25-85  
Lada Nacional sin costo 01 800 822 48 44  
Internet: [www.commec.org.mx](http://www.commec.org.mx)  
E-mail: [atencionsocios@commec.org.mx](mailto:atencionsocios@commec.org.mx)*

### **SOLICITUD DE INGRESO**

<b>NOMBRE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>DIRECCION PROFESIONAL Y TELEFONO</b>	
<b>DIRECCION PARTICULAR Y TELEFONO</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	

<b>EDUCACION PROFESIONAL (ESCUELA Y FECHA)</b>	
<b>INTERNADOS Y RESIDENCIAS (HOSPITALES Y FECHA)</b>	
<b>FECHA DE RECEPCION PROFESIONAL</b>	
<b>REGISTRO S.S.A.</b>	<b>CEDULA DIR. GRAL. PROF.</b>

**CURSOS DE GRADUADOS  
(SITIOS Y FECHAS)**

**ACTIVIDADES DOCENTES PASADAS Y PRESENTES  
(SITIOS Y FECHAS)**

**ACTIVIDADES HOSPITALARIAS PASADAS Y PRESENTES  
(SITIOS Y FECHAS)**

**SOCIEDADES A QUE PERTENECE  
Y FECHA DE INGRESO**

**CONSEJO DE MEDICINA CRÍTICA**

**FECHA DE CERTIFICACIÓN**

**No.**

**FECHA DE RECERTIFICACION**

**No.**

**TRABAJOS CIENTIFICOS PUBLICADOS  
(TITULO, REVISTA Y FECHA DE PUBLICACION)**

**DOS SOCIOS QUE RECOMIENDEN SU INGRESO  
(NOMBRE Y FIRMA)**

## ***IMPORTANTE***

**ESTA SOLICITUD DEBERA IR ACOMPAÑADA DE:**

- ✓ 2 CEDULAS (CIRUJANO E INTENSIVISTA)
- ✓ 2 TITULOS (CIRUJANO E INTENSIVISTA)
- ✓ CURRICULUM (EN UNA SOLA HOJA)
- ✓ RECERTIFICACION(EN CASO DE TENERLA)
- ✓ FOTOGRAFIA ESCANEADA RECIENTE

**LOS DOCUMENTOS SERAN ENVIADOS EN ARCHIVOS SEPARADOS EN PDF**

***ESTOS DATOS NO SERAN LLENADOS POR EL SOLICITANTE***

*FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD*

*FECHA EN QUE SE TURNO LA SOLICITUD  
A LA COMISION REVISORA DE EXPEDIENTES*

*DICTAMEN DE LA COMISION REVISORA  
DE EXPEDIENTES NOMBRE Y FIRMAS*

*FECHA DE LA ASAMBLEA EN LA QUE VOTO  
LA SOLICITUD*

*DECISION DE LA ASAMBLEA*

*OBSERVACIONES*