

Universidad:.....

Promedio de Notas:.....

Otros Títulos Universitarios:.....

1.- Actividad quirúrgica pública:

Cargo:..... Servicio:..... Hospital:.....

Desde:..... hasta:.....

2.- Actividad quirúrgica privada:

Cargo:.....Servicio:..... Institución:.....

ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA en la cual realiza su actividad:.....

MIEMBRO TITULAR DE SOCIEDADES QUIRÚRGICAS:

Sociedad Fecha de Admisión

.....
.....
.....
.....
.....

ACTIVIDAD DOCENTE EN CIRUGÍA

Cargo Cátedra Facultad Universidad desde hasta

.....
.....
.....
.....

CERTIFICACIÓN ÉTICO MORAL

Los siguientes profesionales **MAAC**, cirujanos de reconocida actuación en nuestro país, pueden ser consultados respecto de mi persona a los fines que la Asociación Argentina de Cirugía juzgue de su interés.

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

Juramento del Cirujano

“Inspirado en el contenido del juramento hipocrático, en las normas morales impuestas por las leyes de mi patria y en el juramento prestado al recibir mi diploma de médico; consciente de los deberes específicos de los cirujanos por las circunstancias siempre dramáticas de su actuación entre las familias angustiadas y ante el paciente que se entregará dormido a la seguridad de mi mano y a la responsabilidad de mi sentido moral, y teniendo presente los fines de esta Asociación Argentina de Cirugía, a la cual me incorporo:
“Juro solemnemente ser siempre digno de esta hermandad y cumplir con todas las normas impuestas en sus “objetivos” concretos de sentido ético y profesional cuyo texto conozco. Para cumplirlas me comprometo además a perfeccionar mis conocimientos y mi técnica, a respetar la moral de las familias y los pacientes, a no explotar el dolor de la enfermedad, a no hacer un comercio de mi ciencia y ser siempre leal a mis colegas”.

FIRMA:.....

ACTIVIDAD QUIRURGICA

Desarrollada por el doctor.....

Desde el 1° de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2011 (como cirujano o ayudante)

N°	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante ⁽¹⁾	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Nº	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante ⁽¹⁾	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						

⁽¹⁾ Si actuó como ayudante, mencionar el nombre del cirujano

* Marcar con una cruz lo que corresponda

Certificado por.....

(Firma del Jefe de Servicio o Director del Establecimiento)

Deberá enviar la nota que se adjunta completa y firmada por los 6 avales que nos sugiere.



SECRETARIA: M.T. DE ALVEAR 2415
C1122AAM BS. AS. - REPUBLICA ARGENTINA
Tel.: 4822-6489/2905/4825-3649
Fax: (5411) 4822-6458
E mail: info@aac.org.ar
cirugia@arnet.com.ar

RESPUESTA URGENTE

Buenos Aires,

de 201 .-


Doctor

Presente

De nuestra consideración:

Por la presente solicitamos de Ud., tenga a bien informar a la brevedad posible, las condiciones ético, morales y profesionales del **Dr.** , quién ha presentado su solicitud de admisión a esta Asociación, para postularse a **MIEMBRO TITULAR**.

Lo saludan atentamente.


Dr. José P. Tortosa
Presidente
Comité Colegio

P./D.: Si Ud. elige enviar su respuesta por e-mail, deberá **escanear** el presente formulario y enviarlo al siguiente correo electrónico: comite_colegio@aac.org.ar

- 1.- Calificación profesional como cirujano, basada en la experiencia en la práctica de la cirugía:
- 2.- Concepto moral en la comunidad:
- 3.- Concepto ético en su profesión:
- 4.- Recomienda Ud. su ingreso a la Asociación?
- 5.- Notas:

.....
Firma

.....
Aclaración

Nota: Esta información es estrictamente confidencial y será destruida.