



SOLICITUD

ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

Para obtener el título de especialista de Cabeza y Cuello se requiere:

- 1.- Residencia completa en Cirugía General u Otorrinolaringología o Certificado o título de especialista obtenido a través de un programa de residencia o concurrencia.
- 2.- 3 años como asistente a un Servicio, Unidad, Sección de Cabeza y Cuello reconocidos, con posterioridad a la formación básica antedicha.
- 3.- Presentación de currículum vital.
- 4.- Presentación de planilla de operaciones en el último año calendario de acuerdo a las normas de la Asociación Argentina de Cirugía. (Se exige como mínimo 40 operaciones de mediana y alta complejidad como cirujano, o 1º ayudante dentro de un sistema de residencia). Firmado por el Director de la Institución en las que se llevaron a cabo.
- 5.- Examen escrito tipo multiple choice con 100 preguntas de la especialidad
- 6.- Quienes aprueben el examen escrito realizarán una prueba oral, sobre un caso clínico, en un Servicio a designar.
- 7.- Arancel de inscripción: \$500.-
- 8.- **Si Ud. residiera en el interior del país, deberá requerir el aval de algún miembro de Comisión Directiva de la sociedad local (ex presidentes o integrantes actuales).**

Esta documentación debe entregarse o remitirse a la Secretaria de la Asociación Argentina de Cirugía.
M. T de Alvear 2415 – 1122 Ciudad de Buenos Aires

Señor Presidente de la
Asociación Argentina de Cirugía
Y Sociedad de Cirugía de Cabeza y Cuello
S./D.-

Me dirijo a Ud., con el objeto de que sea considerada mi solicitud para aspirar al **TITULO DE ESPECIALISTA DE CABEZA Y CUELLO**

Dejo constancia expresa que conozco y acepto el Estatuto y el Código de Etica de la Asociación Argentina de Cirugía, declaro que los antecedentes que acompaño me pertenecen y son ciertos. Asimismo, me comprometo bajo palabra de honor a respetar y hacer respetar el fiel cumplimiento del "Juramento del Cirujano" que esta Institución ha establecido y la declaración sobre dicotomía que figuran al pie de esta solicitud.

FILIACIÓN:

Apellido: Nombres:
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....
Dirección:.....Código Postal:.....
Domicilio Profesional:..... C.U.I.T.....
Ciudad:.....Provincia:.....País.....
Tel. particular:..... Tel. consultorio:.....

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, en sobre cerrado dado que es información confidencial.



RESPUESTA URGENTE

Buenos Aires,

201 -

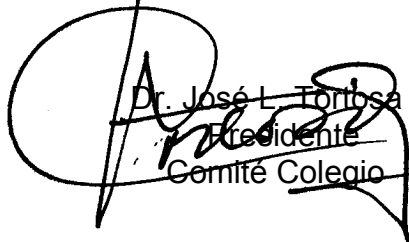
Doctor

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 como **ESPECIALISTA DE CABEZA Y CUELLO**

Lo saludan atentamente.


Dr. José L. 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: comité_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 y sello

Nota: Esta información es estrictamente confidencial y será destruida