

Asociación de Hematología y Oncología

Médica de Puerto Rico

Apartado 11299

Caparra Heights Sta.

San Juan, Puerto Rico 00922

SOLICITUD DE INGRESO

NOMBRE			
DIRECCION POSTAL			
DIRECCION RESIDENCIAL			
DIRRECCION OFICINA			
TELEFONOS	RESIDENCIA	OFICINA	CEL
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR	
ESTADO CIVIL		NOMBRE CONYUGE	
E-MAIL			
CUIDADANIA			

ESTUDIOS (LUGAR, FECHA, GRADO Y HONORES)				
PREMEDICA				
MEDICINA				
POST-GRAD.				
ENTRENAMIENTO (LUGAR, ESPECIALIDAD Y FECHA)				
INTERNADO				
RESIDENCIA				
SUB-ESPECIALIDAD				

CERTIFICACION	FECHA
MEDICINA INTERNA	
PEDIATRIA	
ONCOLOGIA MEDICA	

LICENCIAS (LUGAR, FECHA Y NUMERO)		

SOCIEDADES PROFESIONALES	
NOMBRAMIENTOS ACADEMICOS	
NOMBRAMIENTOS EN HOSPITALES	

PRACTICA DE LA MEDICINA	
_____ % MEDICINA INTERNA	_____ % PRACTICA PRIVADA
_____ % PEDIATRIA	_____ % PRACTICA ACADEMICA
_____ % HEMATOLOGIA	LUGAR:
_____ % ONCOLOGIA MEDICA	
_____ % OTRO	

REFERENCIAS (MIEMBROS DE LA ASOCIACION)

BIBLIOGRAFIA

ASISTENCIA A REUNIONES CIENTIFICAS

OTRAS CONTRIBUCIONES EN EL CAMPO DE LA HEMATOLOGIA

FECHA: _____

FIRMA: _____