



Foto a color
3x4

CATEGORIA DE MIEMBRO: Número ____ Adherente ____ Asociado ____

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos _____

Cédula de Ciudadanía No: _____ de _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar _____

Dirección Residencia _____

Teléfono _____ Celular _____ Ciudad _____

E-Mail _____

Dirección Consultorio Privado _____

Teléfono _____ Fax _____ Ciudad _____

E-Mail _____

Dirección Institucional _____

Teléfono _____ Fax _____ Ciudad _____

E-Mail _____

Enviar correspondencia a: Residencia ____ Consultorio ____ Institución ____

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIOS:

Título _____ Colegio _____

Año _____ Ciudad _____

PREGRADO:

Título _____ Universidad _____

Registro Médico Nacional No. _____ Registro Médico Departamental No. _____

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Ciudad _____

POSTGRADO:

1. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Ciudad _____

2. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Ciudad _____

3. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Ciudad _____

ESPECIALIZACIÓN

1. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

2. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

OTROS:

1. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

Para estudios realizados en el exterior se debe anexar la convalidación ante EL ICFES.

SOCIEDADES CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE

| NACIONALES | CATEGORIA | AÑO DE VINCULACIÓN |
|------------|-----------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| INTERNACIONALES | CATEGORIA | AÑO DE VINCULACIÓN |
|-----------------|-----------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

BREVE RESEÑA LABORAL (Últimos 3 Cargos)

ASISTENCIA

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

DOCENCIA

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

CARDIOLOGOS QUE LO RECOMIENDAN:

1. _____

2. _____

Atentamente,

Ciudad y fecha

SI USTED INGRESA EN LA CATEGORIA DE MIEMBRO DE NUMERO POR FAVOR MARQUE CON UNA (x) A QUE CAPITULO Y/O GRUPO DE TRABAJO DESEARÍA PERTENECER?.

| CAPITULOS | (x) |
|---|-----|
| Capítulo Hemodinamia | |
| Capitulo Electrofisiología | |
| Capitulo Ecocardiografía e Imagen Cardiaca Sub-capítulos: 1- Sonografista | |
| Capitulo Cardiología Pediátrica | |
| Capitulo Cardiología de la Mujer | |
| Capitulo Falla Cardiaca, Trasplante cardiaco e hipertensión pulmonar Sub-Capítulos: 1. Hipertensión Pulmonar 2. Enfermedad de Chagas | |
| Capítulo de Cirugía Cardiovascular | |
| Capítulo de Enfermería | |
| Capítulo de Hipertensión Arterial | |
| Capitulo CardioOncología | |
| Capitulo Cardiopatías Congénitas del Adulto | |

| GRUPOS DE TRABAJO | (x) |
|---|-----|
| Enfermedad Coronaria | X |
| Prevención y Rehabilitación | |
| Diabetes y Lipidos (Diabetes Mellitus y Dislipidemia) | |
| Perfusión | |
| Medicina Vasculat | |
| Bioingeniería Cardiovascular | |
| Trombosis y Anticoagulación | |
| Cardiología en afrodescendientes | |

| GRUPOS DE TRABAJO | (x) |
|---|-----|
| Antitabaquismo | |
| Paleación Cardiovascular | |
| VIH y Corazón | |
| Cardiogeriatría | |
| Bioética Clínica | |
| Ciencias Básicas Medicas Cardiológicas | |
| Cardiomiopatías | |
| Epidemiología Cardiovascular e investigación traslacional | |

| | |
|-------------------------------|--|
| Anestesiología Cardiovascular | |
| Telemedicina | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Apnea del Sueño | |
| Cuidado Critico Cardiovascular | |