

### PLANILLA DE REGISTRO MIEMBRO TITULAR - ASOCIADO

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ No. DE MSDS \_\_\_\_\_

COLEGIO MEDICO DE: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

PÁGINA WEB: \_\_\_\_\_

TELEFONOS: CEL \_\_\_\_\_ OFICINA \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN(ES) DONDE TRABAJA:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONOS
1)		OFC:
		FAX:
2)		OFC:
		FAX:
3)		OFC:
		FAX:

#### MIEMBROS DE SU EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

ESPECIALIDAD	NOMBRE Y APELLIDO	TLF. CONTACTO	COLEGIO Y NÚMERO
NUTRICIÓN			
PSICOLOGÍA			
PSIQUIATRÍA			
MEDICINA INTERNA			
NEUMONOLOGÍA			
ENDOCRINOLOGÍA			
GASTROENTEROLOGÍA			
OTRA:			
OTRA:			

#### PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA (MARQUE CON UNA X)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> BYPASS GÁSTRICO SIN ANILLO      | <input type="radio"/> GASTRECTOMÍA VERTICAL |
| <input type="radio"/> BYPASS GÁSTRICO ANILLADO        | <input type="radio"/> CRUCE DUODENAL        |
| <input type="radio"/> BYPASS GÁSTRICO UNA ANASTOMOSIS | <input type="radio"/> CIRUGÍAS DE REVISIÓN  |
| <input type="radio"/> OTROS:                          | <input type="radio"/> OTROS                 |

#### NÚMERO DE PACIENTES QUE OPERA POR AÑO

<input type="radio"/> < 10	<input type="radio"/> 10 – 50	<input type="radio"/> 50 – 100	<input type="radio"/> > 100
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_  
Firma de miembro de SOVCIBAM

\_\_\_\_\_  
Firma de miembro de SOVCIBAM

\_\_\_\_\_  
Firma de miembro de SOVCIBAM