



RIF: J- 29618064-4

Lugar: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

PLANILLA DE REGISTRO MIEMBRO TITULAR – ASOCIADO

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

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

COLEGIO MÉDICO DE: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

PÁGINA WEB: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: CELULAR \_\_\_\_\_ OFICINA \_\_\_\_\_

INSTITUCIONES DONDE TRABAJA:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONOS
1.-		
2.-		
3.-		

MIEMBROS DE SU EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:

ESPECIALIDAD	NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE CONTACTO	COLEGIO Y NÚMERO
NUTRICIÓN			
PSICOLOGÍA			
PSIQUIATRÍA			
MEDICINA INTERNA			
NEUMONOLOGÍA			
GASTROENTEROLOGÍA			
ENDOCRINOLOGÍA			
OTRO			
OTRO			

PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA (MARQUE CON UNA X):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX          | <input type="checkbox"/> DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA |
| <input type="checkbox"/> BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX ANILLADO | <input type="checkbox"/> BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE    |
| <input type="checkbox"/> GASTRECTOMÍA VERTICAL                 | <input type="checkbox"/> OTRO                        |
| <input type="checkbox"/> BYPASS GÁSTRICO DE UNA ANASTOMOSIS    | <input type="checkbox"/> OTRO                        |

NÚMERO DE PACIENTES QUE OPERA POR AÑO:

<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 - 50	<input type="checkbox"/> 50 - 100	<input type="checkbox"/> > 100
-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

\_\_\_\_\_  
Firma de miembros de SOVCIBAM

\_\_\_\_\_  
Firma de miembros de SOVCIBAM

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Web: [sovcibam.com](http://sovcibam.com) Instagram y Twitter: @sovcibam email: [sovcibam@gmail.com](mailto:sovcibam@gmail.com)