



ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.



Solicitud de  
Membresia para Socio

## CATEGORÍA DE SOCIOS

### Requisitos

#### Socio Activo

- a) Ser médico de honorabilidad reconocida, con título expedido o revalidado por la Universidad Nacional Autónoma de México, u otras universidades o escuelas de medicina de la República Mexicana o del extranjero.
- b) Acreditar la capacitación como psiquiatra, ya sea por posgrado universitario o por residencia hospitalaria en instituciones reconocidas del país o del extranjero.

#### Socio en Adiestramiento

- a) Ser médico de honorabilidad reconocida, con título expedido o revalidado por la Universidad Nacional Autónoma de México u otras universidades o escuelas de medicina de la República Mexicana o en el extranjero.
- b) Acreditar estar capacitándose actualmente en la especialidad de psiquiatría.

## I. IDENTIFICACIÓN

### 1. Nombre (s)

Nombres) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_

Apellido Materno \_\_\_\_\_

### 2. R.F.C. (Completo con Homoclave)

\_\_\_\_\_

### 3. Lugar y fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Tel. Celular

\_\_\_\_\_

### 5. E-mail (s)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

### 6. Para Médicos Residentes

Anotar el año que está cursando al inscribirse a la APM

\_\_\_\_\_

### 7. Dirección fiscal

Calle y No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### 8. Dirección del Consultorio o Institución

Calle y No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado \_\_\_\_\_

### 9. Teléfono del Consultorio

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

10. Teléfono de la Institución

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

11. Dirección del Domicilio Particular

Calle y No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**II. LICENCIATURA**

12. Fecha de recepción profesional, título o grado obtenido

\_\_\_\_\_

13. Universidad o institución en la que se tituló

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Número de cédula profesional

\_\_\_\_\_

**III. ESPECIALIZACIÓN EN POSGRADO**

15. Curso formal en educación de posgrado o especialización

Curso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sede (Fechas de inicio y terminación) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Consejo Médico Nacional que lo certifica como especialista

Nombre del Consejo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Año de Certificación y recertificación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Número de cédula de especialidad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Cursos recibidos en los últimos 3 años (nombre, sede y fechas de inicio y terminación)

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Grado máximo de estudios

Licenciatura

Especialidad

Maestría

Doctorado

#### IV. ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA EN LA ACTUALIDAD

20. Trabajo:

1. Clínico      2. Docencia      3. Investigación

Institucional           

Privado

Lugar donde labora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombramiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### V. REFERENCIAS

21. Nombre de tres socios activos de la APM que recomienden su ingreso a la Asociación y que firmen de conformidad esta solicitud

1. Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Socio activo

Socio en adiestramiento

Clave de socio \_\_\_\_\_

Región \_\_\_\_\_

Capítulo \_\_\_\_\_

Fecha de aceptación \_\_\_\_\_

Firma de aceptación \_\_\_\_\_

#### Anexar fotocopias de la siguiente documentación:

	MEDICO PSIQUIATRA	MEDICO RESIDENTE EN PSIQUIATRIA
1. Título de licenciatura	✓	✓
2. Cédula profesional	✓	✓
3. Título de especialidad en Psiquiatría	✓	
4. Cédula de especialidad en Psiquiatría	✓	
5. Certificación o recertificación por el Consejo Mexicano de Psiquiatría	✓	
6. Acreditación de estar haciendo su residencia en psiquiatría (Carta en original, hoja membretada y firmada por el Jefe de Enseñanza, mencionado que es Residente de esa institución y el año que cursa)		✓
7. Para realizar el pago de inscripción	✓	✓

Contactarse a los teléfonos: 5652 5576 y 5652 5586  
o escribanos a: [margarita@psiquiabrasapm.org.mx](mailto:margarita@psiquiabrasapm.org.mx) o [aspsiqm@prodigy.net.mx](mailto:aspsiqm@prodigy.net.mx)

Fecha de recepción de documentos y solicitud de membresía