



ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.



Solicitud de Membresía 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 del extranjero.

b) Acreditar estar capacitándose actualmente en la especialidad de psiquiatría.

I. IDENTIFICACIÓN

1. Nombre (s)

Nombre(s)

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

Municipio

C.P.

Ciudad/Estado

Tel.

8. Dirección del Consultorio o institución

Calle y No.

Colonia

Municipio

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

Municipio

C.P

Ciudad/Estado

Tel.

Sede (Fechas de inicio y terminación)

16. Consejo Médico Nacional que lo certifica como especialista

Nombre del Consejo

17. Número de cédula de especialidad

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

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

1.

2.

3.

III. ESPECIALIZACIÓN EN POSGRADO

15. Curso formal en educación de posgrado o especialización

Curso

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

Socio activo

Socio en adiestramiento

Clave de socio

Región

Capítulo

Fecha de aceptación

Firma de aceptación

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

Anexar fotocopias de la siguiente documentación:

Medico psiquiatra Medico residente en psiquiatría

- 1. Título de licenciatura
- 2. Cedula profesional
- 3. Título de especialidad en Psiquiatría
- 4. Cedula 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, mencionando que es Residente de esa institución y el año que cursa)
- 7. Para realizar el pago de inscripción
Contactarse a los teléfonos 56525576 y 56525586 o escribirnos a margarita@psiquiatriasapm.org.mx

Fecha de recepción de documentos y solicitud de membresía