



SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGÍA
FORMATO DE AFILIACIÓN

FECHA DE SOLICITUD DE INGRESO: _____

NOMBRE: _____

C.C.: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Dirección Residencia: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Celular : _____

Entidad a la cual está vinculado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Otras entidades a las que está vinculado: _____

Dirección: _____ Teléfono(s): _____

Dirección: _____ Teléfono(s): _____

Dirección: _____ Teléfono(s): _____



ESTUDIOS (Institución y fechas de estudio)

Secundarios: _____

Universitarios: _____

Fecha de grado Médico: _____ Diploma: _____

Registro Médico: _____

Especialización: _____

Fecha de terminación Especialización: _____ Universidad: _____

OTROS ESTUDIOS (Cursos de 20 ó más horas de intensidad)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Area(s) de la Anestesiología de mayor interés para Usted

Anestesia para Op. Ambulatoria: _____ Anestesia para paciente de alto riesgo: _____

Cardiovascular _____ Cuidado Intensivo _____ Dolor _____ Neuroanestesia _____

Obstétrica _____ Pediátrica _____ Trauma _____ Otras _____

Cargos desempeñados (cargo institucional y ...)

Trabajos Científicos realizados (Títulos y fechas)

Publicaciones realizadas (título, sitio y fecha de publicación)

Otras sociedades a las que pertenece (Fecha de admitido como miembro)

Autorización de Uso de Datos Personales

Sus datos personales han sido y están siendo tratados conforme con nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales. Para mayor información podrá consultar nuestra Política en la página web: www.sca.org.co.

La autorización suministrada en el presente formulario faculta a la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología para que dé a sus datos aquí recopilados el tratamiento señalado en el Manual de Habeas de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología y la legislación vigente, las cuales incluyen, entre otras, el envío de información promocional, la invitación a eventos, así como información del servicio. El titular de los datos podrá, en cualquier momento, solicitar que la información sea consultada, rectificada, actualizada o retirada de las bases de datos de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología escribiéndonos al correo: comunicaciones@sca.org.co

Nombre y firma del Peticionario

Socios de la SCA que lo presentan:

Firma : _____

Firma : _____

Nombre : _____

Nombre : _____

Nota: Adjuntar fotocopia autenticada del Diploma de Médico y del diploma de anesthesiólogo

Espacio para las Directivas de la SCA:

Aceptado: _____

Rechazado: _____

Fecha: _____

Firma : _____
 Presidente SCA

Firma : _____
 Secretario SCA

Vo Bo del Fiscal SCA Firma : _____