



**CONSEJO MEXICANO DE HEMATOLOGÍA, A.C.
SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN PARA
MÉDICOS HEMATÓLOGOS**

DOCUMENTOS PARA LA RECERTIFICACIÓN:

- Copia de certificación previa
- Copia del Diploma de la Especialidad en Hematología

Documentos probatorios:

- a) Los documentos deben estar en el formato establecido con fotocopias de las actividades realizadas por el solicitante, relacionadas con la Hematología en el periodo comprendido de 5 años.
 - b) "Integrarlos y colocarlos en orden cronológico y en la secuencia solicitada en un solo documento engargolado".
- Formato de Autoevaluación completado
 - Identificación oficial
 - copia del CUR
 - copia del RFC (DATOS FISCALES para elaborar la factura correspondiente)
 - copia de Cédula profesional de la Especialidad en Hematología
 - Hoja de Privacidad de datos FIRMADA

Pago

- Comprobante de depósito de pago por \$5,000.00 pesos M.N. en BBVA Bancomer No. de cuenta 0170690228, clabe interbancaria 012180001706902283. A nombre del Consejo Mexicano de Hematología, AC (anotar nombre del sustentante en el comprobante)

Fotografía

- Dos fotografías tamaño diploma, de frente (blanco y negro no digital) anotar al reverso nombre completo del sustentante

Importante: Antes de enviar su expediente, corrobore que cumpla con TODOS los requisitos pues no se hará ninguna devolución monetaria.



**CONSEJO MEXICANO DE HEMATOLOGÍA, A.C.
SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN PARA
MÉDICOS HEMATÓLOGOS**

1).

Titulo (Dr./Dra.)	Nombre-Apellido Paterno-Apellido Materno	Universidad de egreso de la especialidad	Institución de residencia de la especialidad

Institución dónde labora	Hospital privado dónde labora	R.F.C.	CURP

Cédula profesional de médico general	Nacionalidad	Estado donde radica	Municipio

Email	Cédula de la especialidad		

2). DOMICILIO. (Para envío de Certificado)

Calle	Número Exterior	Número Interior
Colonia	C.P.	Ciudad
Estado		

TELÉFONO (S) _____

3). DOMICILIO Y/O LUGAR DE TRABAJO PROFESIONAL DEPARTAMENTO O SERVICIO (NOMBRE DEL HOSPITAL.

Hospital _____

Institución _____

Teléfono _____

CONSULTORIO

Calle	Número Exterior	Número Interior
Colonia	C.P.	Ciudad
Estado		

TELÉFONO (S) _____

FECHA _____ FIRMA DEL SOLICITANTE _____

RECIBÍÓ: _____



RECERTIFICACIÓN

CURRÍCULUM VITAE

NOMBRE:

- Todas las actividades, grados académicos, distinciones, membresías y asistencia a eventos educativos, serán calificados a partir de la fecha de la última recertificación.
- Deben anexarse las fotocopias de las constancias correspondientes a las actividades, grados académicos, distinciones, membresías y asistencias a eventos educativos.
- Es necesario presentar dichas constancias en la misma secuencia con la que se anotan en el currículum.
- No escribir en la zona destinada a la calificación

CAPITULO 1ª ACTIVIDAD ASISTENCIAL

CALIFICACIÓN

- (a partir de la fecha de vencimiento de la última recertificación)

Total

(si falta espacio; anexar otra hoja para **ACTIVIDAD ASISTENCIAL**)

CAPITULO 2° ACTIVIDAD ACADÉMICA

CALIFICACIÓN

- (a partir de la fecha de vencimiento de la última recertificación)

Total

(Si falta espacio; anexar otra hoja para **ACTIVIDAD ACADÉMICA**)

CAPITULO 3° ACTIVIDAD DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA

CALIFICACIÓN

- (a partir de la fecha de vencimiento de la última recertificación)

Total

(si falta espacio; anexar otra hoja para **ACTIVIDAD DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA**)

CAPITULO 4° ACTIVIDADES COMO DOCENTE

CALIFICACIÓN

- (a partir de la fecha de vencimiento de la última recertificación)

Total

(si falta espacio; anexar otra hoja para **ACTIVIDADES COMO DOCENTE**)

CAPITULO 5° ACTIVIDADES COMO INVESTIGADORES

CALIFICACIÓN

- (a partir de la fecha de vencimiento de la última recertificación)

Total

(si falta espacio; anexar otra hoja para **ACTIVIDADES COMO INVESTIGADORES**)