



Alianza Médica

HOJA DE PRE-REGISTRO

Nombre del Curso o Diplomado

Si usted ha participado en algún curso o diplomado de **Alianza Médica**, llene únicamente la primera sección. En caso de que requiera actualizar información de domicilio u otros llene sólo los datos correspondientes.

PRIMERA SECCIÓN

1. Clave de confirmación:
Clave del curso Clave de la sede No. de socio

2. Datos personales:
 Médico General () Médico con especialidad () Enfermería () Otro ()
especifique especifique

Anote su nombre EXACTAMENTE COMO ESTÁ ESCRITO EN SU TÍTULO PROFESIONAL

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Sexo: M () F ()
Fecha de nacimiento Año de graduación No. de cédula profesional RFC

Universidad o escuela de procedencia

SI ES LA PRIMERA VEZ que participa en **Alianza Médica**, es importante llenar la segunda sección.

SEGUNDA SECCIÓN

3. Domicilio particular:

Calle y número Colonia

Ciudad Estado C.P.

Teléfono (s) e-mail

4. Ejercicio profesional privado (consultorio particular o alguna empresa u organización privada):

Nombre de la empresa u organización Puesto

Domicilio

5. Ejercicio profesional institucional (ej. SSA, ISSSTE, IMSS, PEMEX):

Institución Puesto

Domicilio

Antigüedad Teléfono (s)

Tipo de ejercicio: Clínico () Docente () Investigación () Otro () especifique

NOTA: Este formato deberá ser llenado a máquina o con letra de molde. Para cualquier duda o comentario acerca del llenado de este documento, usted puede comunicarse a los siguientes teléfonos: Lada sin costo al **01 800 215 3559**, DF y área metropolitana al **(01 55) 5374 9960**. Le pedimos verifique que sus datos sean correctos para evitar errores en la emisión de su constancia.

Firma: _____

Autorizo que esta información sea utilizada para los fines académicos que **Alianza Médica** considere necesarios.