



MEMBRESÍA AIMIS – MEDICO

BARIATRÍA | 2016 – 2017

Esta es su oportunidad de asegurar su membresía - con esta Solicitud de Membresía simplificada - mientras llena la aplicación completa en nuestra página web www.aimis.org

Fecha / /

MD PhD

Información de Contacto:

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Tipo de Practica o Nombre del Instituto

Dirección Profesional Apto

Ciudad Estado/Provincia Código postal País

☎ Código de área (laboral) Teléfono Otro (laboral)

☎ Código de área (particular) Teléfono Otro

✉ Dirección de correo electrónico preferida Sitio de Red

Dirección para correo (si distinta de la anterior)

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Teléfono: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

Educación/Entrenamiento:

Colegio/Universidad Fecha de Graduación

Escuela de Medicina Fecha de Graduación

Residencia Fecha of Graduación

Entreñamiento Avanzado Fecha(s)

Otro Fecha(s)

¿Es usted miembro de su asociación nacional? Sí No

Si la respuesta es sí, favor de adjuntar una copia de su certificación.

Afiliación con Hospital(es):

Nombre

Dirección

Ciudad Estado/Provincia Código postal País

☎ Código de área Teléfono Otro

☎ Código de área (particular) Teléfono Otro

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Teléfono: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

Sitio de Red

Nombre del Director del Hospital y dirección electrónica

Nombre del Presidente de Cirugía y dirección electrónica

¿Por cuantos años usted ha realizado cirugías bariátricas? _____

¿Cuántas cirugías bariátricas usted ha realizado en los últimos 12 meses? _____

¿Usted ha asignado a un Director Médico de cirugía bariátrica? Sí No

Si su respuesta es sí, favor de proveer su nombre y dirección electrónica)

Nombre

Dirección electrónica


¿Está su institución equipada adecuadamente para realizar procedimientos de cirugía bariátrica?

Sí No Otro: _____

¿Qué porcentaje de su tiempo profesional dedica al área de la cirugía bariátrica? ____ %

¿Tiene su hospital una enfermera o coordinador médico que se dedica al cuidado y bienestar del paciente con cirugía bariátrica? Sí No

¿Usted o su hospital mantiene un programa de seguimiento del paciente? Sí No



AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Teléfono: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

Lista de Revisión de Membresía y Necesidades de la Práctica

1. Solicitud de Membresía
2. CV
3. Biografía (Opcional)
4. Cuota de \$1,200 anualmente con compromiso mínimo de dos (2) años
5. Opciones para someter solicitud:
 - Correo Electrónico: ana@aimis.org
 - Fax: 713.877.8669

Mail:

AIMIS – América Latina

Membresía USD 1200 puede ser pagada por cheque o tarjeta de crédito

(por tarjeta de crédito puede ser enviado a + 713-877-8669)

* PayPal – en el website AIMIS www.aimis.org

* Cheque emitido a nombre de: The American Institute of Minimally Invasive Surgery

* Tarjeta de crédito: AMEX MasterCard Visa Discover

* Número

* Enderezo Postal asociado a la tarjeta

Ciudad	Estado/Provincia	Código postal	País
--------	------------------	---------------	------

* Código de Seguridad	Fecha de caducidad
-----------------------	--------------------

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Teléfono: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org