

Solicitud de Ingreso AMCICO

Nombre:

Apellidos:

e-mail

Fecha de nacimiento:

DD/MM/AAAA

Masculino

Femenino

RFC:

Calle:

Número:

Interior:

Colonia:

Delegación:

C.P.:

Estado:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

Nacionalidad:

Miembro:

Domicilio Fiscal

Calle:

Número:

Interior:

Colonia:

Delegación:

Estado:

Ciudad:

C.P.:

Régimen Fiscal: _____

Estudios de Medicina

Institución:

Localidad:

Título:

Especialidad:

Cédula profesional:

Especialidad

Institución:

Localidad:

Título:

Consejo de
especialidad No.

Estudios Posgrado

Institución:

Localidad

Título:

Porcentaje de su actividad profesional

Práctica Médica:

Clínica:

Académica:

Investigación:

Práctica Clínica:

Sólo

Grupo

Hospital Privado

Hospital SS

Mencione en que
hospitales trabaja:

A que sociedades
pertenecen:

Referencias:

Mencione los nombres de 2 colegas que pertenezcan a AMCICO

Nombre 1:

Especialidad:

Nombre 2:

Especialidad:

¿Porque desea ser
miembro de AMCICO?

Comentarios:

Al hacer esta solicitud estoy de acuerdo en regirme por los estatutos de la AMCICO, de ser necesario estoy dispuesto a presentarme a una entrevista.

Autorizo a los representantes de la AMCICO a obtener información referente a mi calidad moral, trayectoria y ética profesional.

Deslindo de cualquier responsabilidad a los representantes de la AMCICO por los actos de buena fe y sin malicia en relación a la evaluación de mi solicitud, de igual forma deslindo de cualquier responsabilidad a los individuos o instituciones que proporcionen información mía requerida por la AMCICO.

Acepto

No Acepto

CUOTA: La Solicitud tiene un costo de \$ 200.00 (No reembolsable) El depósito o cheque será a nombre de: Asociación Mexicana de Cirujanos de Columna, A. C.

HSBC Cuenta No.: 4025368580 Clabe: 021180040253685801

BANAMEX Cuenta No.: 2558975 Clabe: 002180700825589759

Enviar por correo electrónico el comprobante de depósito, para iniciar el trámite con el Comité de Credencialización y Admisión para su revisión y/o aprobación.

Requisitos:

- Tener curso de alta especialidad en cirugía de columna vertebral con duración mínima de 11 meses avalado por institución universitaria. Si NO cuenta con curso de alta especialidad en cirugía de columna vertebral, enviar bitácora de procedimientos en hoja membretada, sellada y firmada por institución o instituciones donde realice su práctica, pública o privada, (Mínimo 50 cirugías al año).
- Estar certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia o por el Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.
- Haber asistido a 2 Congresos (no cursos, no simposium, no taller) de Cirugía de Columna Vertebral, preferentemente de AMCICO.
- Enviar Curriculum Vitae actualizado.
- Elaborar Solicitud de ingreso AMCICO.
- Fotografía tamaño infantil o pasaporte.
- 3 Cartas de recomendación de miembros AMCICO al corriente de sus cuotas (2026).
- Haber presentado trabajo en congreso nacional AMCICO. (No mayor a 4 años).
- Toda documentación debe enviarse al correo de oficina AMCICO en formato PDF oficina.amcico@gmail.com .