####

#### SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN EN CLINICA PEDIATRÍA

**Fecha: ......./……./…….**

### Filiación

### Nombres y Apellidos...............................................................................................................................

Lugar y fecha de nacimiento...................................................................................................................

Nacionalidad.......................................................Estado civil.................................................................

Cédula de Identidad Nº...........................Registro Profesional Nº..........................................................

Dirección particular......................................................................................Tel.....................................

 Dirección profesional...................................................................................Tel……………………….

Celular………............................... E. Mail……………………………………………………..……

###### Formación Académica

 **Pre Grado**

 Universidad(s)…………………….. ……………… Fecha de egreso...........................................

 **Post Grado**

 Universidad……….. …………….. ………………Fecha de egreso...............................................

 Residencia pediátrica en el país:

Centro Formador:…………………………….. Desde................................ Hasta………................

 Título (si) (no)

 Certificado de Post Grado aprobado (de la Dirección de Post Grado): (si) (no)

 Residencia pediátrica en el exterior:

Centro Formador:………………………….. Desde................................Hasta...............................

 Título (si) (no) Institución que lo expidió:………………………………………………

 Certificado de Post Grado aprobado (de la Dirección de Post grado): (si) (no)

**C) Ejercicio profesional**

######  Es miembro de alguna sociedad científica Si............... No..............

######  Es miembro de la Sociedad de Pediatría? Si……….. No………..

######

######  .....................................................

######  Firma

 ……………………………………...

 Aclaración de firma

###### Requisitos al dorso

**CERTIFICACIÓN EN CLINICA PEDIATRICA**

**REQUISITOS**

1. PARA CALIFICAR PARA LA CERTIFICACIÓN EN CLINICA PEDIATRÍCA se requiere:

**PARA MEDICOS NACIONALES:**

1. Título de Médico Cirujano, original o copia autenticada por escribanía.
2. Título de Médico Especialista en Clínica Pediátrica, de una institución universitaria cuya carrera haya ingresado al proceso de Evaluación y Acreditación de carreras de post grado del Organismo Técnico habilitado por ley de la Nación.(ANEAES. Ley 4995)
3. Documentos probatorios de formación pediátrica:
* **Certificado o constancia de culminación y aprobación de todos los requisitos del programa de formación expedido por la Dirección de post grado de la Facultad/ Universidad correspondiente.**
* **Resolución administrativa de nombramiento de los 3 años de Adiestramiento en servicio (Residencia).**
* **Calificación por año de Residencia, emitida por la Unidad Académica o Dirección de Postgrado.**
1. Los médicos paraguayos que hayan realizado la Residencia en el exterior, deberán presentar los documentos (títulos o constancias), debidamente legalizados, en el país de su formación y por las autoridades nacionales. Es obligatoria la traducción de estos documentos si fuera el caso.

**PARA MEDICOS EXTRANJEROS**

1. Título de Médico (o similar) reconocido y revalidado por los entes nacionales autorizados (Universidad Nacional, Ministerio de Educación).
2. Título de Especialista en Clínica Pediátrica del país de su formación, debidamente legalizados.
3. Documentos probatorios de formación pediátrica
* **Certificado o constancia de aprobación del programa de formación expedido por la Dirección de post grado de la Facultad/ Universidad correspondiente. Es obligatorio la traducción de estos documentos si fuera el caso.**

B) TODOS LOS QUE CALIFICAN PARA LA CERTIFICACIÓN

 DEBEN APROBAR EL EXAMEN DE CERTIFICACIÓN.-

 Observación: Adjuntar ***Curriculum vitae***