

SOLICITUD PARA CERTIFICACION EN SUBESPECIALIDADES PEDIATRICAS

Fecha: …………./…………./………….

1. **Filiación**

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

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

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

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

 Dirección particular......................................................................................Tel (021)......................

 Dirección profesional…………………………………………………… Tel (021)………………

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

1. **Formación Académica**

 **Grado: TITULO en Medicina y Cirugía**

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

 **Post Grado TITULO** en **PEDIATRIA CLINICA**

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

 Centro Formador……………………………………Fecha: Desde……/……/….…Hasta……/……/…….

 **Post Grado TITULO DE LA ESPECIALIDAD PEDIATRICA:……………..**

 Universidad…………….…………………………… Fecha………/………/………….

 Centro Formador…………………………………….Fecha: Desde……/……/..…Hasta……/……/……

 **Post Grado** **TITULO DE LA ESPECIALIDAD PEDIATRICA DEL EXTERIOR…………..**

 Universidad………………………………………… Fecha………/………/……..

 Centro Formador……………………..…………… Fecha: Desde......../......./......Hasta......./........./........

###### Actividad Societaria

 ¿Miembro de la Sociedad Paraguaya de Pediatría?: Si…………No…………

 ¿Miembro de otra sociedad científica? Si............... No..............Cuál?.........................

 Firma………………………….. Aclaración……………………...

 **Todos los ítems deben ser completados**

 **Requisitos al dorso**

 **CERTIFICACION EN SUBESPECIALIDAES PEDIATRICAS**

**REQUISITOS**

1. PARA ACCEDER AL EXAMEN DE CERTIFICACIÓN EN LAS SUBESPECIALIDADES PEDIATRICAS se requiere:
2. **MEDICOS NACIONALES:**
3. Título de Médico Cirujano, registrado en el MSP y BS, original o copia autenticada por escribanía.
4. Diploma de Certificación en Pediatría Clínica otorgado por la Sociedad Paraguaya de Pediatría.
5. Título de Médico de la Subespecialidad Pediátrica, registrado en el MEC, original o copia autenticada por escribanía

En caso de que el Titulo de la Especialidad se encuentre en gestión presentar documentos probatorios de formación en la Especialidad Pediátrica:

* **Resolución administrativa de nombramiento por los años cursados del post grado (residencia).**
* **Certificado de Estudio de la Dirección de Postgrado Universitario o constancia de culminación de todos los requisitos del programa de formación en la Especialidad expedido por la Dirección de Postgrado de la Facultad/Universidad correspondiente.**
1. **Los médicos nacionales** **con Post Grado** **en el exterior**, deberán presentar títulos debidamente legalizados en el país de su especialización y obtener el RECONOCIMIENTO de las autoridades nacionales pertinentes: Consejo Nacional de Educación Superior (CONES) y su REGISTRO: en el Ministerio de Educación y Ciencias.

Es obligatoria la traducción de estos documentos si fuera el caso.

 **II. MEDICOS EXTRANJEROS:**

1. Título de Médico Cirujano o similar RECONOCIDO por los entes nacionales autorizados (CONES y MEC).
2. Título de Médico Especialista PediátricoRECONOCIDO y REGISTRADO por los entes nacionales autorizados (CONES y MEC).
3. Certificación en Pediatría Clínica otorgado por la Sociedad Paraguaya de Pediatría.
4. Certificado de residencia permanente en el país**.**

Es obligatoria la traducción de estos documentos si fuera el caso.

1. **APROBAR EL EXAMEN DE CERTIFICACIÓN. -**

 Observación: Adjuntar ***Curriculum vitae***

 **\*Sub-especialidades pediátricas que se Certifican actualmente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alergia | Cardiología | Dermatología | Emergentología |
| Gastroenterología | Hemato-oncología | Infectología | Nefrología |
| Neonatología | Neumología | Neurología | Nutrición |
| Reumatología | Terapia Intensiva | ……………………… | ……………….. |

Los criterios para la Certificación en las Sub-especialidades Pediátricas, fueron aprobados en **Asamblea General Extraordinaria (26-XI-15).** En la misma quedo establecida que todas ellas requieren 2 o más años de formación y el postulante debe culminar y aprobar el programa de formación de la Unidad Académica donde inició su proceso.