

**FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DIPLOMA ACREDITATIVO DE
CAPACITACIÓN EN MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA DEL CONSEJO
AUTONÓMICO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CASTILLA LA MANCHA**

Colegio de: _____ Número de Colegiado: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___/ Año y lugar de Licenciatura: _____

Dirección-. _____

Población: _____ Código Postal: _____

Tfno: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Actividad Profesional en Medicina Cosmética y Estética:

Dónde realiza su actividad profesional: _____

Pertenece a alguna Sociedad Científica del Sector: Sí: ___ No: ___ Cuál/es? _____

Tiene Seguro de Responsabilidad Civil Especifico: Sí: ___ No: ___ (adjuntar fotocopia)

Práctica de la medicina cosmética y estética:

- Hospitalaria
- Extrahospitalaria
- Publico
- Privado

Ámbito prioritario:

Nombre del Centro: _____

Cargo en la empresa: _____

Cursos de Doctorado: Sí: ___ No: ___ Especialidad: _____

Especialidad vía MIR: No: ___

Sí: ___ Cuál /es ? _____

A.1 FORMACIÓN MÉDICA BÁSICA.Postgrados y Másteres (adjuntar fotocopias de los diplomas acreditativos)	PUNTOS
1. <u>Nombre de la actividad:</u> <hr/> <u>Entidad organizadora:</u> <hr/> <u>Fechas:</u> <u>Duración:</u> <hr/> <u>Horas Teóricas:</u> <u>Horas Prácticas:</u> <hr/> El curso tenía evaluación: SI NO	
2. <u>Nombre de la actividad:</u> <hr/> <u>Entidad organizadora:</u> <hr/> <u>Fechas:</u> <u>Duración:</u> <hr/> <u>Horas Teóricas:</u> <u>Horas Prácticas:</u> <hr/> El curso tenía evaluación: SI NO	
3. <u>Nombre de la actividad :</u> <hr/> <u>Entidad organizadora:</u> <hr/> <u>Fechas:</u> <u>Duración:</u> <hr/> <u>Horas Teóricas:</u> <u>Horas Prácticas:</u> <hr/> El curso tenía evaluación: SI NO	
TOTAL A-1:	

C: ACTIVIDADES DOCENTES EN MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA	PUNTOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
TOTAL C _____	

D: PONENCIAS Y COMUNICACIONES MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA	PUNTOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
TOTAL D _____	

E: PUBLICACIONES	PUNTOS
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
TOTAL E: _____	



F: OTROS MÉRITOS	PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tesis Doctorales relacionados con el ejercicio de la medicina cosmética y estética ▪ Colaboración en tesis doctorales relacionadas con la medicina cosmética y estética ▪ Proyectos de investigación elaborados ▪ Cargos de representación en Sociedades Científicas o en otras instituciones relacionadas con la medicina cosmética y estética ▪ Dirección coordinación en congresos, jornadas, simposiums, o cursos relacionados con la medicina cosmética y estética ▪ Compra de equipos o instalaciones equipamientos o productos destinados al uso estético ▪ N° de autorización sanitaria específica del centro médico ▪ Otros que considere relevantes <p>TOTAL F _____</p>	
G: TÍTULO ESPECIALISTA MÉDICO	MÁXIMO 20 p.
TOTAL G:	

A- B- C- D- F- G-	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PUNTUACIÓN TOTAL: </div>
----------------------------------	---