



## ASOCIACION MEXICANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL, A.C.

MIEMBRO REGIONAL DE LA AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

www.ampi-ac.org

E-mail: ampi.ac1@gmail.com

Tel: (0155) 5914-9546

### SOLICITUD DE MEMBRESIA

FECHA DE SOLICITUD

#### DATOS GENERALES

1. NOMBRE

2. LUGAR DE NACIMIENTO

3. FECHA DE NACIMIENTO

4. DOMICILIO PARTICULAR

5. TELÉFONO (con LADA)

6. EMAIL

#### DATOS LABORALES

7. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA

8.- DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA

9. CONSULTORIO PARTICULAR (DOMICILIO)

10. TELÉFONOS (con LADA)

#### FORMACION PROFESIONAL

11.- TÍTULO O GRADO OBTENIDO

12.- UNIVERSIDAD O INSTITUCION QUE EMITE EL TITULO

13.- NUMERO DE CÉDULA PROFESIONAL

14.- NUMERO DEL REGISTRO EN LA SECRETARIA DE SALUD

15.- FORMACION DE POSTGRADO O ESPECIALIZACION:

NOMBRE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN	INSTITUCIÓN	DURACIÓN AÑOS	NUMERO CED. PROFESIONAL
1)			
2)			
3)			

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL:

16.- EXPERIENCIA LABORAL (SEÑALE LA O LAS INSTITUCIONES, PUESTO DESEMPEÑADO Y TIEMPO)

1)  
2)  
3)  
4)

17.- AÑOS DE PRACTICA PRIVADA EN CONSULTORIO PARTICULAR:

18.- PRECISE SU PRINCIPAL ACTIVIDAD ACTUAL:

#### ACTIVIDADES DOCENTES

19.- SEÑALE LOS PUESTOS DOCENTES DE PRE O POSTGRADO QUE HAYA O ESTE DESEMPEÑADO (ANOTAR NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Y DE LA ESCUELA Y LOS AÑOS DE IMPARTIR LA CATEDRA).

20.- SOCIEDADES MEDICAS A LA QUE PERTENECE

21.- ANOTAR SI TIENE PUBLICACIONES (ARTICULOS Y/O LIBROS) NACIONALES O INTERNACIONALES.

22.- NOMBRE DE DOS MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN QUE LO RECOMIENDEN

23.- CATEGORIA DE INGRESO A LA ASOCIACIÓN:

SOCIO TITULAR	
SOCIO AFILIADO MEDICO	
SOCIO AFILIADO NO MEDICO	
SOCIO EN ADIESTRAMIENTO	

SI NO SABE UD. A QUE CATEGORIA PERTENECE DE ACUERDO A SU FORMACIÓN PROFESIONAL, POR FAVOR DEJE EN BLANCO EL INCISO ANTERIOR Y LA COMISION DE MEMBRESIA LO LLENARA DE ACUERDO A LA INFORMACION CURRICULAR AVALADA QUE ENTREGUE UD.

NOTA: ES REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR A ESTA SOLICITUD COPIAS FOTOSTATICAS DE TODOS SUS DOCUMENTOS CURRICULARES CORRESPONDIENTES.

FIRMA DEL SOLICITANTE

CATEGORIAS Y CARACTERISTICAS DE ASPIRANTES A SOCIOS

**SOCIO TITULAR:**

MEDICO CIRUJANO, PSIQUIATRA Y PSIQUIATRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.  
SOCIOS CON DERECHO A VOZ Y VOTO EN ASAMBLEA.

**SOCIO AFILIADO MEDICO (SOCIO ADHERENTE):**

MEDICO CIRUJANO, PSIQUIATRA. DEDICAR MÁS EL 50% A PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, O CON MAS DEL 50% DE SU TRABAJO CON MÁS DEL 50% DE SU TRABAJO DEDICADO A VER NIÑOS Y ADOLESCENTE EN AREAS DE DESARROLLO Y CONDUCTA.  
SOCIOS CON DERECHO A VOZ EN ASAMBLEAS.

**SOCIO EN ADIESTRAMIENTO:**

MEDICO CIRUJANO, PSIQUIATRA ESTUDIANTE DE LA MAESTRIA O ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.  
SOCIO CON DERECHO A VOZ EN LAS ASAMBLEA.

**SOCIO AFILIADO NO MEDICO:**

PROFESIONALES INTERESADOS EN PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL CON MÁS DEL 50% DE SU TRABAJO DEDICADO A VER NIÑOS Y ADOLESCENTE EN AREAS DE DESARROLLO Y CONDUCTA  
SOCIO SOLO CON DERECHO A VOZ EN ASAMBLEAS.