

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL,  
COLEGIO A.C.**

**SOLICITUD DE INGRESO**

Todos los datos proporcionados serán resguardados como archivos digitales por el apoderado de la Asociación y no podrán ser difundidos o consultados sin consentimiento previo y escrito del miembro colegiado o asociado. Sus datos serán tratados bajo los lineamientos del Aviso de Privacidad de la Asociación, la cual a su vez está supeditada a la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** la cual puede ser consultada en la siguiente dirección electrónica:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

Los miembros colegiados deberán poseer el título de cirujano dentista o su equivalente otorgado por una institución de educación superior nacional o internacional; un diploma de especialidad en patología bucal y/o medicina bucal de programa nacional o extranjero.

Los miembros asociados deberán contar con título profesional en el área de ciencias biológicas y/o de la salud, otorgado por una institución de educación superior nacional o internacional.

**DATOS GENERALES**

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_



**IMPORTANTE:** Sabemos el difícil momento que atraviesa nuestro País en cuestión de seguridad, nuestro único objetivo para mostrar los datos de contacto de Usted (puesto, adscripción, teléfono y correo-e) y la dirección del consultorio o adscripción, son para que los pacientes o profesionales de la salud que estén interesados en encontrar a un Patólogo/Médico Bucal puedan tener información de referencia en los distintos lugares de nuestra república. Usted es libre de decidir cuáles son los datos que quiere que aparezcan como información de contacto en el directorio de nuestra página (la cuál será pública).

1. **Puesto Actual:**

---

¿Desea que esta información aparezca en la página?      **Sí**                      **No**

2. **Institución de Adscripción** (Sector Salud, Universidad Pública o Privada, Instituto de Salud, Laboratorio Privado, etc.) Si no está adscrito a ninguna y su actividad es en consultorio o clínica, solo coloque "Practica Privada":

---

¿Desea que esta información aparezca en la página?      **Sí**                      **No**

3. **Dirección** de su consultorio o adscripción (Universidad, Instituto, Laboratorio, etc.).

---

¿Desea que esta información aparezca en la página?      **Sí**                      **No**





**ACTIVIDAD PRINCIPAL (Puede seleccionar tantas opciones como cubran su perfil):**

- Docencia .....
- Investigación.....
- Práctica general en Odontología.....
- Práctica exclusiva en Patología Oral y Maxilofacial.....
- Práctica exclusiva en Medicina Bucal.....
- Otra Especialidad Odontológica.....
- Anatomía Patológica con enfoque en Cabeza y Cuello.....
- Otra Especialidad Médica.....
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**TÓPICOS DE INVESTIGACIÓN:**

---

---

---

**PUBLICACIONES RECIENTES (Autores, Título, Revista, Año, Vol., Núm., Pág.)(Son suficientes sus 5 publicaciones más recientes, pueden ser: artículo original, capítulo de libro, artículo de difusión, patente, artículo de revisión, etc.):**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**¿Usted es miembro del Sistema Nacional de Investigadores?**

- |           |                  |                |                 |                  |
|-----------|------------------|----------------|-----------------|------------------|
| <b>No</b> | <b>Candidato</b> | <b>Nivel I</b> | <b>Nivel II</b> | <b>Nivel III</b> |
|-----------|------------------|----------------|-----------------|------------------|



**ANEXO COPIAS DE:**

Título de Licenciatura:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Diploma de Especialidad:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Título de Maestría:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Título de Doctorado:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Cédula Profesional:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Cédula de Especialidad:	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**FIRMA DEL APLICANTE:** \_\_\_\_\_

He leído el Aviso de Privacidad y ACEPTO los términos con los que serán tratados mis datos por la AMPMB, Colegio.

Nota: Si Usted no está de acuerdo en como serán tratados sus datos, no es necesario que envíe este formulario.

**NOMBRE DE DOS MIEMBROS COLEGIADOS O ASOCIADOS QUE PUEдан SERVIR DE REFERENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_