



Asociación Paraguaya
de Medicina
y
Cuidados Paliativos

www.cuidadospaliativospy.org
apmycp@gmail.com

Asunción - Paraguay

SOLICITUD PARA ASOCIARSE

1- Nombre/s y apellido/s del/a solicitante (Letra Imprenta)

.....

2- Datos del Paciente

- a) Fecha de Nacimiento: C.I. N°:
- b) Lugar de nacimiento:
- c) Dirección particular:
- d) Ciudad: Distrito:
- e) Teléfono particular:
- f) N° Celular:
- g) E-mail:
- h) Profesión:
- i) Número de Registro Profesional:
- i) Dirección profesional:
Hospital: Teléf.:
- Consultorio: Teléf.:

3- Vinculación con los Cuidados Paliativos

a) Trabaja en el área de los Cuidados Paliativos? SÍ NO

En dónde lo realiza?

Cargo que desempeña:

Desde hace cuánto tiempo?:



4- Historial Académico:

a) Educación Terciaria:

Año de egreso: Universidad de egreso:

Título obtenido:

b) Tiene formación específica en Cuidados Paliativos? SÍ NO

c) Qué tipo de formación ha realizado y dónde?

d) EN EL CASO DE MÉDICOS: RESIDENCIA EN ALGUNA ESPECIALIDAD? SÍ .. NO ..
CUÁL?

Institución donde realizó la RESIDENCIA:

e) POSTGRADO: **Especialidad / Institución (Universidad) que emitió el título de
ESPECIALISTA:**

1- /

2- /

f) Sociedades nacionales o extranjeras a las que pertenece:

.....
.....

Firma:

Asunción, de de

SOCIOS PROPONENTES:

1-Nombre y apellido Firma.....

2-Nombre y apellido Firma

Decisión de la Comisión Directiva:

Fue aceptado: Fecha: de de

Secretario Presidente