

## CARTA COMPROMISO

YO, \_\_\_\_\_

Doctor en Medicina, mayor de edad con Documento Único de Identidad no.:  
\_\_\_\_\_ y domicilio a efecto de recibir notificaciones

Municipio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Declaro que me comprometo a cumplir con las obligaciones de miembro de Colegio Médico según estatutos en el Art. 57 inciso a) Cumplir con los estatutos, con el Código de Ética Médica y los reglamentos del Colegio Médico, b) Servir en los cargos que se le elija o cuando se le nombre comisiones que le encomienden, salvo en caso de fuerza mayor, c) Pagar las cuotas ordinarias y Extraordinarias que establezca la Asamblea de Delegados, cancelar mi cuota de reingreso por el monto: \_\_\_\_\_; asimismo recibo los reglamentos y estatutos vigentes, para la lectura y conocimiento de mis derechos y obligaciones.

La información que he proporcionado al Colegio Médico de El Salvador, es veraz y autorizo para su comprobación.

Firmo la presente declaración en San Salvador, a los \_\_\_\_\_ días del Mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_



# COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR

UNIDAD CIENCIA Y SERVICIO

COMITÉ DE INSCRIPCIÓN ARCHIVOS Y ESCRUTINIOS

## **SOLICITUD DE REINGRESO**

Plan de financiamiento:  Primero  Segundo

Fecha: \_\_\_\_\_ Con Pérd. de Antigüedad  y en categoría  Con Prestaciones - Categoría:  Sin Prestaciones

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

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

N° DUI: \_\_\_\_\_ N° DE NIT : \_\_\_\_\_ N° IVA: \_\_\_\_\_

Estado Civil : \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Telf. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **DEL TRABAJO:**

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

Área de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telf. y Extensión: \_\_\_\_\_

### **CLINICA PARTICULAR (Si Hubiera)**

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

Horarios de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

SISTEMA DE PAGOS: Cobrador  Pago Personal  Bancos  Agrícola  Scotiabank  Hipotecario

Transferencia en Comédica

Si desea Cobrador, ubicar Dirección y/o para recibir Correspondencia del Colegio Médico: \_\_\_\_\_

Horario de Visita para el cobrador: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

Señores

Comité de Inscripción Archivos y Escrutinios

Presente

### **Estimados Colegas:**

Por este medio hago de su conocimiento mi deseo de reincorporarme al COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR, solicito me concedan tal petición, ya que mi retiro se debió a motivos:

Personales \_\_\_\_\_ Económicos \_\_\_\_\_ Salud \_\_\_\_\_ Permanencia en el Exterior \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

Por lo que mucho agradeceré se me evalúe mi Solicitud de Reingreso.

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

Sello

F: \_\_\_\_\_





E- ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o síntomas? (conteste SI o NO, si la respuesta es " SI" dar Detalles al final):

- |   | SI o NO              |
|---|----------------------|
| a) Ictus, parálisis, epilepsia, vértigos, jaquecas o dolores de cabeza crónicos.  | <input type="text"/> |
| b) Asma, pleuresía, esputos sanguinolentos, tos crónica tuberculosis u otra enfermedad pulmonar   | <input type="text"/> |
| c) Enfermedades del corazón, angina de pecho, fiebre reumática, palpitaciones, venas varicosas, alta o baja presión arterial  | <input type="text"/> |
| d) Ulceras de estómago o duodeno, apendicitis, colitis crónica, ictericia, enfermedad del hígado o de la vesícula biliar, fistula u otra enfermedad rectal              | <input type="text"/> |
| e) Reumatismo, artritis, gota, enfermedad del riñón, diabetes, albumina o sangre en la orina o cálculos   | <input type="text"/> |
| f) Sífilis o reacción de sangre positiva, tumor, cáncer, anemia, bocio, infartos glandulares, amigdalitis, otitis o alguna enfermedad de los ojos, la piel o los huesos | <input type="text"/> |
| g) Paludismo o alguna enfermedad tropical   | <input type="text"/> |
| h) Diabetes u otra enfermedad endocrinológica   | <input type="text"/> |
| i) Enfermedades infecto-contagiosas   | <input type="text"/> |
| j) VIH positivo   | <input type="text"/> |

DETALLES REFERENTES A LAS ENFERMEDADES O SÍNTOMAS MENCIONADOS: (INDÍQUESE PADECIMIENTOS, FECHA, NUMERO DE ATAQUES, MÉDICO QUE LE ATENDIÓ, GRAVEDAD Y SECUELAS)


- 6- A- Nombre de los médicos a quienes consultó en los últimos cinco años: \_\_\_\_\_
- B- Fecha en que los consultó: \_\_\_\_\_
- C- ¿Para qué enfermedades o dolencias? \_\_\_\_\_
- D- ¿Ha estado internado en algún hospital o clínica, para diagnóstico o tratamiento? (indicar fecha, padecimiento y nombre del establecimiento) \_\_\_\_\_
- E- ¿Se ha sometido a alguna intervención quirúrgica? (indicar fecha, nombre y dirección del cirujano y naturaleza de la operación) \_\_\_\_\_
- F- ¿Se le han hecho estudios con rayos X o electrocardiogramas? (Detalles) \_\_\_\_\_
- G- ¿Se le ha aconsejado cambio o restricción de dieta alguna vez? \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO ESPECIAL PARA MUJERES**

- |   |  |
|---|--|
| 7-A- Número de hijos que ha tenido _____ de los cuales _____ viven _____      | G- ¿Son sus menstruaciones regulares o normales? _____                           |
| B- ¿Cuándo fue el último parto? _____   | H- ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad del pecho, la matriz o los ovarios? _____ |
| C- ¿Está embarazada actualmente? _____ ¿Cuántos meses? _____                  |  |
| D- ¿Ha tenido abortos? (Dar número, fecha, causa y tiempo de cada uno) _____  | I- ¿Resultado del último examen de papanico-laou? _____                          |
| E- ¿Ha pasado la menopausia? _____ ¿Cuándo? _____                             |  |
| F- ¿Ha habido alguna anomalía en sus embarazos o partos? (Dar detalles) _____ |  |

Convenzo en que las contestaciones al anterior cuestionario forman parte de mi Solicitud de Ingreso al Colegio Médico de El Salvador para poder gozar de las prestaciones del Seguro de Vida y de Incapacidad total por Enfermedad Natural o Accidente.  
 Hago constar que tales respuestas las he dado personalmente, y que son verdaderas y completas y convengo en que la veracidad de las mismas constituyen la base para ser aceptado por La Junta Médica de Admisión.  
 Autoriza, en mi nombre y en el de cualquier otra persona que tuviere o reclamare algún intereses en relación con las prestaciones del Colegio Médico de El salvador, a cualquier médico que me haya examinado o asistido o me pueda examinar o asistir en el futuro, para revelar al Comité de Seguros a su solicitud, cualquier dato o información que hubiere obtenido por tal examen o asistencia.

FECHADO EL \_\_\_\_\_

**Firma y Sello de Médico**

San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Señores

**Comité de Inscripción, Archivos y Escrutinios**

**Comité de Finanzas y Prestaciones Sociales**

Presente.

Estimados Señores:

|

Yo, \_\_\_\_\_ por este medio solicito se acepte mi Reingreso al Colegio Médico de El Salvador, como miembro **SIN PRESTACIONES ECONOMICAS**, ya que por motivos personales no puedo reingresar en otra categoría.

Asimismo a través de la presente hago constar que me fue claramente explicado las diferentes opciones y solicito voluntariamente en esta ocasión mi Reingreso en la Categoría como Miembro Sin Prestaciones Económicas, con opción posterior a optar a miembro Con Prestaciones hasta la edad de 55 años según Art. 9 Literal a.2 del Reglamento del Comité de Inscripción, Archivos y Escrutinios y Art. 25 del Reglamento del Comité de Finanzas y Prestaciones Sociales.

Sin más por el momento, me es grato suscribirme.

Atentamente,

FIRMA: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_

SELLO: \_\_\_\_\_