

**JOIN NOW !**

***The Academy Of  
Ambulatory Foot And Ankle Surgery***

**MEMBERSHIP:**

**SOLICITUD**

- ( ) Fellow  
( ) Asociado  
( ) Graduado

LLENAR LA SOLICITUD CON MAGUINA DE ESCRIBIR  
ENVIAR A: **Academy of Ambulatory Foot And Ankle Surgery**  
**1601 Walnut Street Suite 1005**  
**Philadelphia, PA 19102**

Nombre \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Direccion del consultorio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_

Postal \_\_\_\_\_

Domicilio Particular \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pregrado:

Universidad \_\_\_\_\_ Cuantos Anos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_ Fecha de Graduacion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Educacion Medica:

Universidad \_\_\_\_\_ Cuantos Anos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_ Fecha de Graduacion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eduacion Guirurgica de Post

Grado: \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fechas \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Experiencia

Guirurgica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Licencias en otros estados y numeros:

1) \_\_\_\_\_ 4)

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5)

\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6)

\_\_\_\_\_

Recomendacion de 2 Cirujanos Fellows de la Academia Americana de Cirugia Ambulatoria.

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

Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

Al llenar la solicitud de la Academia de Cirugia Ambulatoria del Pie, Inc. Acepto las estipulaciones y estandares de sus leyes.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- |     |                        |          |  |
|-----|------------------------|----------|--|
| ( ) | FELLOW INTERNACIONAL   |          |  |
|     | Solicitud              | \$ 75.00 |  |
|     | Cuota Anual            | \$245.00 |  |
|     | Total                  | \$320.00 | Enuiar junto con la solicitud 8 reportes de pacientes con<br>cirugia ambulatoria del pie     |
| ( ) | ASOCIADO INTERNACIONAL |          |  |
|     | Solicitud              | \$ 75.00 |  |
|     | Cuota Anual            | \$245.00 |  |
|     | Total                  | \$320.00 | La solicitud para una membresia de asociado requiere<br>de dos anos para terminar el tramite |
| ( ) | GRADUADO INTERNACIONAL |          |  |
|     | Total                  | \$ 50.00 |  |

Nos reservamos el derecho de examinal al Medico o a la Clinica.

Nombre del Responsable

Fecha \_\_\_\_\_ Aceptado \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

Comentario

Firma \_\_\_\_\_