

Cédula Profesional

Cédula profesional especialidad

Dr.(a)

Apellidos

\_\_\_\_\_

**DATOS PRIVADOS**

Reg. Fed. de Caus.

\_\_\_\_\_

Curp

\_\_\_\_\_

Teléfono Domicilio

\_\_\_\_\_

Cel

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Est. Civil

\_\_\_\_\_

Esposa (o)

\_\_\_\_\_

Domicilio

\_\_\_\_\_

Colonia

\_\_\_\_\_

Delegación

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

Estado

\_\_\_\_\_

Cod. Postal

\_\_\_\_\_

Fecha de solicitud

\_\_\_\_\_

**MEMBRESIA Y LICENCIAS SOLICITADAS**

a) Por medio de la presente someto mi solicitud de membresía al Cuerpo Médico y a los privilegios que otorga el GRUPO TORRE MÉDICA en la categoría de miembro DE CORTESIA con un ejercicio profesional de tiempo COMPLETO

b) solicito licencia para la realización de procedimientos y atención de pacientes en los siguientes departamentos

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Por la presente certifico que no conozco impedimento físico, mental o legal que pueda limitar mi habilidad para la atención y cuidado a pacientes de acuerdo con los privilegios clínicos solicitados.

d) De ser aceptado, me comprometo a cumplir con todos los reglamentos y disposiciones del hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma medico solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de titular del comité de desempeño médico.

## REQUISITOS

- Llenar solicitud (disponible en línea)
- 2 fotografías tamaño credencial a color
- Currículum escrito (breve)
- Título profesional
- Cédula profesional
- RFC
- CURP
- Título Universitario de la Especialidad y Subespecialidad
- Cédula de la especialidad
- Certificación del consejo VIGENTE
- Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil y Profesional (Obligatorio)

## AVISO DE PRIVACIDAD

Otorgo mi consentimiento para que Grupo Torre Médica y cualquiera de sus subsidiarias, utilice mis datos personales, especificando que se tratan de datos sensibles con el fin de crear una base de datos que sólo tendrá como objetivo usar mi información para contacto de emergencias, facturación, creación de expediente y otros fines similares. En ningún momento autorizo que se otorgue o se haga uso de estos datos para cualquier otro fin ajeno a las actividades del Grupo Médico. Asimismo, acepto y reconozco que el presente aviso será válido y aplicable hasta en tanto no lo revoque por escrito y que servirá para el presente ingreso y futuros trámites, sin necesidad de recabar aviso por ingreso o por servicio en forma individual.

A partir de la firma de este aviso de privacidad además de otorgar mi consentimiento, me reservo mi derecho para que en cualquier momento que lo considere oportuno pueda limitar el uso o divulgación de mis datos personales. También para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición. Para poder ejercer estos derechos deberé presentar una solicitud que deberá contener y acompañar lo siguiente:

- I. El nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud;
- II. Los documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del titular;
- III. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados, y
- IV. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales

Grupo Torre Médica y cualquiera de sus subsidiarias, darán respuesta a dicha petición dentro de los próximos 30 días hábiles siguientes a recibir la misma.

Reconozco y acepto que en caso de cambios en el aviso de privacidad Grupo Torre Médica y cualquiera de sus subsidiarias, me lo comunicará, de conformidad con lo previsto en la Ley o mediante su red interna, o cualquier otro medio de comunicación digital o impreso o a través de su página de internet.

---

Nombre y Firma