

**FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DIPLOMA ACREDITATIVO DE  
CAPACITACIÓN EN MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA DEL CONSEJO  
AUTONÓMICO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CASTILLA LA MANCHA**

Colegio de: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Año y lugar de Licenciatura: \_\_\_\_\_

Dirección-. \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tfno: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Actividad Profesional en Medicina Cosmética y Estética:**

Dónde realiza su actividad profesional: \_\_\_\_\_

Pertenece a alguna Sociedad Científica del Sector: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Cuál/es? \_\_\_\_\_

Tiene Seguro de Responsabilidad Civil Especifico: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ (adjuntar fotocopia)

Práctica de la medicina cosmética y estética:

- Hospitalaria
- Extrahospitalaria
- Publico
- Privado

Ámbito prioritario:

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

Cargo en la empresa: \_\_\_\_\_

Cursos de Doctorado: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Especialidad vía MIR: No: \_\_\_

Sí: \_\_\_ Cuál /es ? \_\_\_\_\_

<b>A.1 FORMACIÓN MÉDICA BÁSICA.Postgrados y Másteres</b> (adjuntar fotocopias de los diplomas acreditativos)	<b>PUNTOS</b>
1. <u>Nombre de la actividad:</u> <hr/> <u>Entidad organizadora:</u> <hr/> <u>Fechas:</u> <span style="float: right;"><u>Duración:</u></span> <hr/> <u>Horas Teóricas:</u> <span style="float: right;"><u>Horas Prácticas:</u></span> <hr/> El curso tenía evaluación:      SI      NO	
2. <u>Nombre de la actividad:</u> <hr/> <u>Entidad organizadora:</u> <hr/> <u>Fechas:</u> <span style="float: right;"><u>Duración:</u></span> <hr/> <u>Horas Teóricas:</u> <span style="float: right;"><u>Horas Prácticas:</u></span> <hr/> El curso tenía evaluación:      SI      NO	
3. <u>Nombre de la actividad :</u> <hr/> <u>Entidad organizadora:</u> <hr/> <u>Fechas:</u> <span style="float: right;"><u>Duración:</u></span> <hr/> <u>Horas Teóricas:</u> <span style="float: right;"><u>Horas Prácticas:</u></span> <hr/> El curso tenia evaluación:      SI      NO	
<b>TOTAL A-1:</b>	



9	Nombre de la actividad:	
	Entidad organizadora:	
	Fechas:	Duración: Créditos:
10	Nombre de la actividad:	
	Entidad organizadora:	
	Fechas:	Duración: Créditos:
TOTAL A-2:		

### B. TRABAJO EN MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA

1	Lugar de Trabajo	
	Dirección y teléfono	
	Fechas:	Duración
2	Lugar de Trabajo:	
	Dirección y teléfono:	
	Fechas:	Duración:
3	Lugar de Trabajo:	
	Dirección y teléfono:	
	Fechas:	Duración:
4	Lugar de Trabajo:	
	Dirección y teléfono:	
	Fechas:	Duración:
TOTAL B:		

C: ACTIVIDADES DOCENTES EN MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA	PUNTOS
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Horas lectivas impartidas _____ Dirigido a (médicos, auxiliares...) _____	
<b>TOTAL C</b> _____	

<b>D: PONENCIAS Y COMUNICACIONES MEDICINA COSMÉTICA Y ESTÉTICA</b>	<b>PUNTOS</b>
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD _____ Entidad organizadora _____ Fechas: _____ Tipo: Ponencia: _____ Póster o comunicación: _____	
<b>TOTAL D</b> _____	

<b>E: PUBLICACIONES</b>	<b>PUNTOS</b>
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
Título (del libro o capítulo) _____ Autor (del libro o capítulo) _____ Editorial: _____ Lugar y Año de edición: _____	
<b>TOTAL E:</b> _____	



F: OTROS MÉRITOS	PUNTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tesis Doctorales relacionados con el ejercicio de la medicina cosmética y estética</li> <li>▪ Colaboración en tesis doctorales relacionadas con la medicina cosmética y estética</li> <li>▪ Proyectos de investigación elaborados</li> <li>▪ Cargos de representación en Sociedades Científicas o en otras instituciones relacionadas con la medicina cosmética y estética</li> <li>▪ Dirección coordinación en congresos, jornadas, simposiums, o cursos relacionados con la medicina cosmética y estética</li> <li>▪ Compra de equipos o instalaciones equipamientos o productos destinados al uso estético</li> <li>▪ N° de autorización sanitaria específica del centro médico</li> <li>▪ Otros que considere relevantes</li> </ul> <p>TOTAL F _____</p>	
<b>G: TÍTULO ESPECIALISTA MÉDICO</b>	MÁXIMO 20 <b>TOTAL G:</b>

A- B- C- D- F- G-	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b> </div>
----------------------------------	---