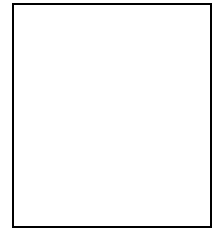




**Colegio nacional de médicos  
especialistas en radiología e imagen, a.  
C.**

Coahuila No. 35, Col. Roma, 06760, Ciudad de México  
Tel.: (52) 5264-3268, Fax. (52) 5574-2434  
E-mail: [cnmeri@smri.org.mx](mailto:cnmeri@smri.org.mx)

**Solicitud de ingreso**



**1.- DATOS GENERALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Materno Nombre(s)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No. Ext. No. Int. Colonia

\_\_\_\_\_ C.P. Ciudad Estado País

\_\_\_\_\_ Teléfono Fax E-mail

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

En caso de ser extranjero: No. F.M.3 \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

Fecha de naturalización como mexicano: \_\_\_\_\_

**2.- EDUCACIÓN MÉDICA:**

Universidad o Escuela de Medicina: \_\_\_\_\_

\* Reg. S.S.A.: \_\_\_\_\_ (\*Sólo aquellos que lo tengan)

Reg. D.G.P. \_\_\_\_\_ En caso de ser extranjero Reg. Oficial de su País: \_\_\_\_\_

**3.- EDUCACIÓN DE ESPECIALIDAD:**

Residencia en Radiología: Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de años: \_\_\_\_\_

Período: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Nombre del Profesor titular del Curso: \_\_\_\_\_

**4.- Otros grados:**

Maestría ( ) Doctorado ( ) Diplomado ( ) Subespecialidad ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

## 5.- Certificación del CMRI:

Fecha del examen de certificación: \_\_\_\_\_

Fecha de recertificación y su vigencia: \_\_\_\_\_

---

## 6.- Cédula de Especialidad en Radiología e Imagen:

Fecha de la cédula: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

## 7.- Miembros del CNMERI, A.C. que lo presentan:

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

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

## 8.- Categoría en la que solicita su ingreso:

Asociado Titular	<input type="checkbox"/>
Honorario	<input type="checkbox"/>

## 9.- Institución donde labora actualmente:

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

Teléfono de la Institución \_\_\_\_\_

### • Asociados Titulares

- Acreditar haber obtenido título profesional de una institución de reconocido prestigio.
- Ser de nacionalidad mexicana o extranjero de acuerdo a los artículos correspondientes que anteceden
- Tener experiencia profesional demostrable mínima de dos años ininterrumpidos en una Institución asistencial docente y/o de investigación y/o industria, relacionada con la radiología e Imagen.
- Acreditar tener antecedentes profesionales y de conducta intachables.
- Presentar solicitud por escrito avalada por dos asociados titulares y aprobada por el comité de Admisión y ratificada por la Asamblea.
- Contar con cédula profesional de especialista en radiología e Imagen expedida por la dirección general de profesiones

### • Miembros Honorarios

- Ser invitado por el Consejo Directivo, por haberse distinguido en el avance del conocimiento de la radiología e Imagen. La invitación deberá proponerse por dos miembros titulares, avalada por el Consejo Directivo y aceptada por la Asamblea, estarán exentos del pago de cuotas.
- Hacer protesta formal de cumplir con estos estatutos. Los miembros honorarios tendrán voz pero no voto en las Asambleas y no podrán desempeñar puestos en el Consejo Directivo.

\_\_\_\_\_  
ACEPTACION  
PRIMER SECRETARIO TITULAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOTA: La solicitud debe dirigirse al Secretario Titular acompañada de:

- Una fotografía tamaño infantil
- Copia fotostática del Título
- Copia fotostática de la Cédula Profesional, expedida por la Dirección General de Profesiones (SEP)
- Copia fotostática de la Cédula de especialidad de la D.G.P.
- Pagar su cuota anual

## TOMA DE PROTESTA

**ANTE** el Colegio Nacional de Médicos Especialistas en Radiología e Imagen, A.C.,  
**PROTESTO** por mi honor, poner todos mis conocimientos y experiencia al servicio de quien  
me lo solicite, en beneficio de la sociedad y la nación entera cuando las circunstancias así me  
lo exijan.

Defenderé con la verdad y fortaleza los derechos de las personas e instituciones para  
enaltecer con mis actos la profesión a la cual pertenezco.

De faltar a la conciencia ética y a un comportamiento coherente con ella como profesionalista,  
que se haga de mi conocimiento y que la comunidad científica y la sociedad, me lo reclamen.

Código de Ética Profesional:  
Editado por la Dirección General de Profesiones

**ACEPTO**

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_