



**SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO**  
FUNDADA EN 1869

(Sociedad Chilena de Medicina Interna)  
Bernarda Morin 488 - Providencia  
Fono 2-27535500 - Fax 2-27535599  
Casilla 168 Correo 55 Santiago 9  
[smschile@smschile.cl](mailto:smschile@smschile.cl) [www.smschile.cl](http://www.smschile.cl)

**SOLICITUD DE INGRESO**  
**SOLICITUD DE REINGRESO**

SANTIAGO, DE 20

**SEÑOR PRESIDENTE:**

Ruego a usted se sirva someter esta solicitud a la tramitación correspondiente a fin de ser admitido como socio de la **"SOCIEDAD MEDICA DE SANTIAGO"** que usted preside.

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ UNIVERSIDAD EGRESO \_\_\_\_\_

FECHA REVALIDA \_\_\_\_\_

FECHA TITULO \_\_\_\_\_ # COLEGIO MEDICO \_\_\_\_\_ CERTIFICADO POR CONACEM

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA: SI  NO  CERTIFICADO POR: UNIVERSIDAD

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ SUBESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ COMUNA / CIUDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN / HOSPITAL EN QUE TRABAJA \_\_\_\_\_

ESCRIBA CON CLARIDAD

**A ESTA SOLICITUD DEBE ADJUNTARSE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE TITULO y un currículum resumido – si es médico extranjero – reconocimiento en Chile.**

*(Completado por Sociedad Médica)*

EL DIRECTORIO después de considerar la presente solicitud informa que el solicitante indicado fue Aceptado como socio en sesión de Directorio de (Fecha) \_\_\_\_\_

TARJETA  DIPLOMA  COMPUTACIÓN  CARTA