



## ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

### REQUISITOS

- Ser médico con título o cédula profesional o tener licenciatura en otras profesiones afines.
- Curso de especialización preferentemente en Gastroenterología o afines y/o entrenamiento en Hepatología realizado en México o en el extranjero.
- Realizar o haber realizado actividades asistenciales, docentes, académicas o de investigación en medicina en torno a Gastroenterología y Hepatología.
- Ser propuesto por dos Asociados Activos o Titulares que avalen su preparación científica.
- Documentación:
  - Solicitud de ingreso
  - Currículum Vitae
  - Copia título y cédula profesional
  - Copia diploma del curso de especialización
  - Copia de un trabajo científico en hepatología publicado en revistas indexadas y/o constancia de presentación del trabajo en foro nacional o internacional
  - Copia constancias de actividades asistenciales, docentes, académicas o de investigación.

Presentar la documentación impresa en engargolado y en formato digital (grabado en CD) en las oficinas de la Asociación ubicadas en José María Vértiz#748-9 Col. Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F.



## ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

### Solicitud de Ingreso

Título (Dr. Ing. PhD, etc)	Apellido Paterno y Materno	Nombre (s)
Fecha de Nacimiento:	RFC:	Cédula Profesional:
Cédula Especialista:		

Domicilio Particular	
Calle y Número C.P.	Colonia
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado
FAX E- mail	Celular
Si su domicilio particular es también fiscal marque <span style="margin-left: 100px;">Si</span> <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 20px;">No</span> <input type="checkbox"/>	

Domicilio de Consultorio	
Calle y Número C.P.	Colonia
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado
FAX E- mail	Celular
Si su domicilio de consultorio es también fiscal marque (en caso de ser otro, favor de ponerlo) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>	

Lugar de Trabajo		
Institución o División	Unidad u Hospital	Departamento
Calle y Número C.P.	Colonia	
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado	
FAX E- mail	Celular	



## ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

Especialidad :	Hospital:
¿Es usted profesor(a) de alguna institución: No _____	Si _____
Nombre de la institución:	
Nombre del curso:	

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**UNA VEZ ACEPTADA LA SOLICITUD SE LE PEDIRÁ REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE:**

MONTO DE INSCRIPCIÓN: \$2,200.00.

BANCO HSBC SUCURSAL MONTERREY CUENTA: 4024747289 ASOCIACIÓN MEXICANA DE HEPATOLOGÍA A.C  
(Proporcionar **nombre completo** del solicitante en el Banco para referencia de dicho pago)

**NOTA:** Favor de agregar una copia de su CV actualizado

---

José María Vértiz #748-9, Col. Narvarte, Del. Benito Juárez CP 03020 México, DF. Tel: (55) 5639-4033  
E-mail: v.beltran@hepatologia.org.mx



**ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.**

## **CARTA DE RECOMENDACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_

Dra. Graciela Elia Castro Narro  
*Mesa Directiva AMH 2018-2020*

Por medio de la presente deseo recomendar al Dr. (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ quien cumple con los requisitos para convertirse  
en asociado activo de la Asociación Mexicana de Hepatología.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre del asociado de la AMH

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado de la AMH



**ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.**

**CARTA DE RECOMENDACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_

Dra. Graciela Elia Castro Narro  
*Mesa Directiva AMH 2018-2020*

Por medio de la presente deseo recomendar al Dr. (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ quien cumple con los requisitos para convertirse  
en asociado activo de la Asociación Mexicana de Hepatología.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre del asociado de la AMH

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado de la AMH