



## **REGLAMENTO PARA EL INGRESO DE SOCIOS EN ENTRENAMIENTO**

### **REQUISITOS:**

1. Ser médico con título y cédula con efectos de patente para ejercer la profesión de médico cirujano, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
2. Estar realizando un curso de Especialización en Hepatología, Gastroenterología, Gastroenterología Pediátrica, Endoscopía, Cirugía General o en otra especialidad afín a la Hepatología en una sede con reconocimiento universitario.
3. Presentar solicitud de ingreso a la AMH, con dos fotografías tamaño infantil, copia de título y documentos curriculares, así como carta de propuesta firmada por el profesor titular del curso de especialidad, certificando la permanencia del candidato propuesto en el curso y sede correspondientes.
4. Obtener dictamen favorable por el comité de admisión, bajas y promociones de la AMH.
5. Pagar cuota de anualidad de \$ 500.00 (Quinientos pesos 00/00 MN)
6. Aceptar que durante sus años de permanencia como Asociados en Entrenamiento no tendrán voz o voto, ni estarán presentes en asambleas ordinarias o extraordinarias de la AMH ni ocuparán puestos en mesas directivas, pero podrán ser promovidos en forma automática a la categoría de socio activo, adquiriendo los derechos y obligaciones correspondientes, una vez terminado el curso de especialidad y presentando el título o documento oficial correspondiente.
7. Entregar cada año carta del Profesor titular del curso de especialidad certificando la permanencia en el mismo.

### **OBLIGACIONES:**

- Acudir a los eventos académicos programados por la AMH y presentar al menos un trabajo de investigación en el Congreso Nacional de Hepatología durante su período de entrenamiento.
- Mantener un comportamiento ético, académico y profesional durante el curso de especialidad.
- Aplicar para su promoción como Socio Activo cubriendo la cuota de ingreso y anualidad correspondientes, una vez terminado el curso de especialidad.
- Los residentes que al terminar la especialidad realicen actividades de subspecialización en el extranjero podrán pagar su cuota de ingreso para adquirir la calidad de Socio Activo a su regreso al país y a partir de ese momento continuar con la vigencia de antigüedad como Asociado.



**DERECHOS:**

- Inscripción sin costo a las actividades académicas de la Asociación a excepción de aquéllos en que se fije una cuota de inscripción para los Asociados.
- Acceso en línea a la revista Annals of Hepatology.
- Someter a consideración del comité científico los trabajos que cumplan con los requisitos para su presentación oral, en cartel u otras modalidades en reuniones académicas.
- Los Asociados, sean Activos, Titulares, Eméritos o en Entrenamiento no se reservan derecho alguno sobre los bienes aportados a la Asociación o sobre las utilidades o beneficios que ésta obtenga, por consiguiente, renuncian a cualquier derecho a reclamar, para sí o para sus herederos o causahabientes, repartición alguna de utilidades o beneficios.



ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

## CARTA DE RECOMENDACIÓN

Fecha \_\_\_\_\_

Dr. René Malé Velázquez  
*Mesa Directiva AMH 2016-2018*

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

Atentamente,

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

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



**Solicitud de Ingreso / Asociados en entrenamiento**

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

<b>Domicilio Particular</b>	
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 Si ____ No ____	

<b>Domicilio de Consultorio</b>	
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 ____ No ____ Otro _____	

<b>Lugar de Trabajo</b>		
Institución	Unidad u Hospital	Departamento o División
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: \$500.00 (QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.)  
BANCO HSBC 652 (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 currículum en versión ejecutiva y actualizado

---

Dr. José M. Vértiz 748, oficina 9. Col. Narvarte, C. P. 03020 México, D.F. Tel: (55) 5639.4033  
E-mail: amh@hepatologia.org.mx