



MEMBRESÍA AIMIS CENTRO DE EXCELENCIA BARIÁTRICA 2025

Fecha ____ / ____ / ____

1. Información básica

Nombre de la Clínica / Institución

Dirección

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

País

Código de área

Teléfono

Código de área

Teléfono alternativo

Dirección de correo electrónico preferida

Sitio de Red

Dirección para correo (si es distinta a la anterior)

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd.,
Suite 2550
Houston, TX 77056

Teléfono: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

2. Información estadística general

NOTA: Estos números se refieren solamente a Bariatría.

2.1. Número promedio de pacientes atendidos por semana	
2.2. Número total de médicos	
2.3. Número promedio de procedimientos quirúrgicos bariátricos por semana	
2.4. Número de complicaciones después de la cirugía (como porcentaje del total de procedimientos quirúrgicos)	____%
2.5. ¿Han registrado casos de mortalidad?	☐ Si ☐ No
2.5.1. Si la respuesta es sí, por favor indique el número exacto, y describa el caso en detalle por separado junto con la solicitud.	
2.6. Número de sucursales de la institución	
2.7. Número de médicos en la clínica / institución, asociados a IFSO	

.....

Membresía \$2,500 (USD) puede ser pagada por cheque o tarjeta de crédito

(por tarjeta de crédito puede ser enviado a + 713-877-8669)

* PayPal – en la página web AIMIS www.aimis.org

* Tarjeta de crédito: ☐ AMEX ☐ MasterCard ☐ Visa ☐ Discover

* Número

* Nombre (exactamente como en la tarjeta)

* Enderezo Postal asociado a la tarjeta

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

País

* Código de Seguridad

Fecha de caducidad

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd.,
Suite 2550
Houston, TX 77056

Teléfono: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org