



MEMBRESÍA AIMIS MÉDICOS BARIÁTRICOS 2025

Esta es su oportunidad de asegurar su membresía - con esta Solicitud de Membresía simplificada - mientras llena la aplicación completa en nuestra página web www.aimis.org

Fecha / /

MD ☐ PhD ☐

Información de Contacto:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
--------	----------------------------	----------

Tipo de Práctica o Nombre del Instituto

Dirección Profesional	Apto
-----------------------	------

Ciudad	Estado/Provincia	Código postal	País
--------	------------------	---------------	------

Código de área (laboral)	Teléfono	Otro (laboral)
--------------------------	----------	----------------

Código de área (particular)	Teléfono	Otro
-----------------------------	----------	------

Dirección de correo electrónico preferida

Sitio de Red

Dirección para correo (si distinta de la anterior)

Educación/Entrenamiento:

Colegio/Universidad

Fecha de Graduación

Escuela de Medicina

Fecha de Graduación

Residencia

Fecha of Graduación

Entrenamiento Avanzado

Fecha(s)

Otro

Fecha(s)

¿Es usted miembro de su asociación nacional? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, favor de adjuntar una copia de su
certificación.

Afiliación con Hospital(es):

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

País

'ifCódigo de área

Teléfono

Otro

Código de área (particular)	Teléfono	Otro
-----------------------------	----------	------

Sitio de Red

Nombre del director del Hospital y dirección electrónica

Nombre del presidente de Cirugía y dirección electrónica

¿Por cuantos años usted ha realizado cirugías bariátricas? _____

¿Cuántas cirugías bariátricas usted ha realizado en los últimos 12 meses? _____

¿Usted ha asignado a un director Médico de cirugía bariátrica? ☐ Sí ☐

No Si su respuesta es sí, favor de proveer su nombre y dirección electrónica)

Nombre

Dirección electrónica

¿Está su institución equipada adecuadamente para realizar procedimientos de cirugía bariátrica?

☐ Sí ☐ No Otro: _____

¿Qué porcentaje de su tiempo profesional dedica al área de la cirugía bariátrica? _____ %

¿Tiene su hospital una enfermera o coordinador médico que se dedica al cuidado y bienestar del paciente con cirugía bariátrica? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o su hospital mantiene un programa de seguimiento del paciente? ☐ Sí ☐ No

Lista de Revisión de Membresía y Necesidades de la Práctica

1. ☐ Solicitud de Membresía
2. ☐ CV
3. ☐ Biografía (Opcional)
4. ☐ Cuota de \$1,200 anualmente con compromiso mínimo de dos (2) años
5. ☐ Opciones para someter solicitud:
 - Correo Electrónico: ana@aimis.org
 - Fax: 713.877.8669

Mail: AIMIS – América Latina

Membresía \$1200 (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 de AIMIS www.aimis.org

* Cheque emitido a nombre de: The American Institute of Minimally Invasive Surgery

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

* Número

* Enderezo Postal asociado a la tarjeta

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

País

* Código de Seguridad

Fecha de caducidad