



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA

CAPÍTULO DE: _____

Nombre _____ C.C. No. _____

Residencia _____ Tel. _____

Ciudad _____ Dpto. _____

Consultorio _____ Tel. _____

E-mail _____ Cel. _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

ESTUDIOS SECUNDARIOS

Colegio (Ciudad)	Desde	Hasta

Fecha de grado _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Universidad	Desde	Hasta

Fecha de grado _____

No. Diploma _____

Reg. Méd. No. _____

INTERNADO Y RESIDENCIA EN MEDICINA INTERNA

Institución (Ciudad)	Desde	Hasta	Título

SUB-ESPECIALIZACIÓN

Institución (Ciudad)	Desde	Hasta	Título

Título de especialista en: _____ No. _____

Expedida en la fecha: _____

Otros títulos reconocidos: _____

