



Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

Declaración de Verificación por el Director / Cátedra del Programa de Residencia

Información del Apicante

Nombre

Completo:

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido(s)

Licenciatura(s) (MD, DO, MPH)

Información del Programa de Residencia

Nivel Actual del Candidato en el Programa/ Hospital de Residencia:	En Progreso <input type="checkbox"/>	Terminado <input type="checkbox"/>
--	---	---------------------------------------

Fecha de Inicio del Programa / Hospital de Residencia:	Mes	Año
--	-----	-----

Fecha de Finalización o Finalización Anticipada del Programa / Hospital de Residencia:	Mes	Año
--	-----	-----

Nombre del Programa de Residencia: (letra imprenta)	
--	--

Información del Director / Catedra del Programa de Residencia

Nombre del Director del Programa / Hospital de Residencia: (letra imprenta)	
--	--

*Firma del Director del Programa / Hospital de Residencia: (Para México, la firma no se requiere)	
--	--

Fecha de Firma del Director del Programa / Hospital de Residencia:	
--	--

Teléfono o Correo Electrónico del Director del Programa / Hospital de Residencia:	
---	--

Aviso de Importancia (lea a Continuación)

Para México, la firma no se requiere. La información de su programa / hospital de residencia será verificada por los ACOG México Sección Oficiales. Para todos los demás países la firma es **necesaria** para fines de verificación. Las solicitudes no se procesarán hasta que se reciba el formulario completo. ACOG Servicios de Membresía puede ser contactado por correo electrónico en membersupport@acog.org o por teléfono al 202-863-2452.