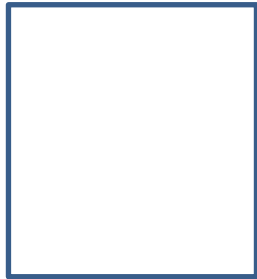




SOLICITUD DE CREDENCIALIZACIÓN
HOSPITAL H+ QUERETARO

ESPECIALIDAD (ES) EN LA (S) QUE DESEO OBTENER PRIVILEGIOS CLÍNICOS



FOTO

FECHA

DR. _____

PARA USO EXCLUSIVO ASISTENTE DIRECCION MÉDICA

MIEMBRO A

MIEMBRO B

FECHA DE RECEPCION

i. DATOS GENERALES

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

R.F.C.

CURP:

CEDULA PROF.

CEDULA ESPECIALIDAD (I):

CEDULA ESPECIALIDAD (II):

CEDULA ESPECIALIDAD (III):

ESTADO CIVIL:

NOMBRE DE SU ESPOSA(O):

NOMBRE DE SUS HIJOS:

DOMICILIO PARTICULAR:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

DOMICILIO CONSULTORIO:

TELÉFONO DE CONS.:

TORRE Y No. CONSULTORIO EN HOSPITAL H+ QUERÉTARO :

TELÉFONO OTRO::

CELULAR:

E-MAIL:

ii. FORMACION ACADEMICA

ESCUELA O FACULTAD DE MEDICINA (LUGAR Y PERIODO):

LUGAR Y PERIODO DE LA (S) RESIDENCIAS DE ESPECIALIDAD (ES):

VIGENCIA Y NOMBRE DEL CONSEJO QUE EMITO EL (LOS) CERTIFICADOS DE ESPECIALIDAD:

CONTRIBUCION A LA LITERATURA MÉDICA (Favor de anotar referencias y Anexar fotocopias)

IDIOMAS:

iii. EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

TELEFÓNO: _____

Al hacer esta solicitud me comprometo a acatar las políticas, procedimientos, reglamentos y Código de Ética del HOSPITAL H+ QUERÉTARO., a ejercer la medicina con el más estricto apego a la ética profesional y a cumplir con las siguientes obligaciones: (i) proporcionar atención médica continua a mis pacientes, (ii) proporcionar la información que permita actualizar la contenida en el formato de solicitud, (iii) autorizar la revisión de sus registros y documentos relacionados con el ejercicio profesional, entrenamiento específico, experiencia, competencia actual y habilidad para ejercer los privilegios clínicos requeridos, y de ser necesario, presentarse a entrevista, (iv) aceptar otras actividades de colaboración que se requieran.

Asimismo, estoy dispuesto a ser asesor en el plan de aseguramiento de calidad del HOSPITAL H+ QUERÉTARO que solicite la Dirección Médica, así como asistir a las reuniones a las que me convoque, a cumplir las disposiciones que en el presente o en el futuro sean establecidas por el Director General, Director Médico, a dirigirme de manera colegiada con el personal de apoyo y con la Administración del HOSPITAL H+ QUERÉTARO. En caso de no cumplir con cualquiera de las disposiciones anteriores, me doy por enterado de que puedo hacerme acreedor a sanciones hasta el retiro de los Privilegios Clínicos para ejercer mi práctica privada en el HOSPITAL H+ QUERÉTARO.

Por otro lado e independientemente de mi obligación de secreto profesional, me obligo al cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento ("La Ley de Datos"), comprometiéndome a las siguientes obligaciones de entre otras establecidas por la ley de datos:

- i. Respetar y salvaguardar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad respecto de los datos personales, financieros o sensibles a los que tenga acceso como Médico Credencializado, ya sea que los datos personales me sean proporcionados por personas dentro del HOSPITAL H+ QUERÉTARO y sus clientes o proveedores o por cualquier otro tercero los Datos personales");
- ii. Tratar los Datos Personales de los pacientes que atienda en el HOSPITAL H+ QUERÉTARO únicamente para los fines propios de la atención médica y en su caso, obtener de los mismos, el Aviso de Privacidad correspondiente;
- iii. Respetar y cumplir todos los manuales y procedimientos del HOSPITAL H+ QUERÉTARO en relación con la protección de datos personales;
- iv. Asistir a las pláticas que determine el HOSPITAL H+ QUERÉTARO en relación a los datos personales;
- v. Consultar y respetar los avisos de privacidad aplicables a los datos personales a los que tenga acceso;
- vi. Avisar de la manera más pronta y oportuna a la Dirección General del HOSPITAL H+ QUERÉTARO y en caso de no poder acudir o informar a Dirección General, al Director Médico, Jefe de Departamento, Coordinador, sobre cualquier acto u omisión de algún otro médico, de algún empleado del HOSPITAL H+ QUERÉTARO o tercero, que pudiera resultar violatoria para aquel de las obligaciones arriba enumeradas, de las que el suscrito sepa, escuche o tenga conocimiento.

Clasificación Médicos:

- El Cuerpo Médico: Miembro A

Está integrado por profesionales clínicos externos, que realizan práctica médica y/o académica en el Hospital H+ Querétaro y que cumplan con todos los requisitos de credencialización.

- El Cuerpo Médico: Miembro B

Está integrado por profesionales clínicos externos, que cumplen con todos los requisitos de credencialización pero que su práctica médica y/o académica en su mayor parte no se realiza en Hospital H+ Querétaro.

Nombre y Firma