



# Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar

## Asunción - Paraguay

### SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha:.....

#### **DATOS PERSONALES**

Apellidos: ..... Sexo: .....  
Nombres: ..... Estado Civil: .....  
Fecha de Nac. .... Ciudad de Nac. ....  
País ..... Céd. de Identidad N°: .....  
Domicilio: ..... Ciudad: .....  
Teléfono: ..... Celular: .....  
E-mail: ..... Ruc: .....  
Registro Profesional N°.....

#### **PRE-GRADO**

Universidad: .....  
País: .....  
Ciudad: .....  
Año de Egreso: ..... Reg. Prof. N°: .....

#### **POST-GRADO**

Institución: ..... Ciudad: .....  
Fecha desde: ..... Hasta: .....  
Expedido por: .....  
Certificado o Título: .....

#### **RESIDENCIA en MEDICINA FAMILIAR**

Institución: ..... Ciudad: .....  
Fecha desde ..... Hasta : .....  
Expedido por: .....  
Certificado o Título: .....

#### **EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ESPECIALIDAD**

Institución Privada: .....  
Teléfono: ..... Fax: .....  
Institución Pública: .....  
Teléfono: ..... Fax:.....  
Cargo: .....  
Consultorio Privado: .....  
Teléfono: ..... Fax: .....

Miembro de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar: SI NO

.....  
Firma

**\*ADJUNTAR DOCUMENTOS SEGÚN ESTATUTO DE LA S.P.M.F.**