AMERICAN ACADEMY® OF OPHTHALMOLOGY
The Eye M.D. Association

Fecha Límite de Recibo: **Agosto 15**

Solicitud de Ingreso como Miembro

(En letra de imprenta legible, por favor)

Fecha de la Solicitud: _____

¿Ha sido antes miembro de la AAO? Si No

Si su respuesta es sí, indique su identidad de miembro (*Si la conoce*)_____

INFORMACIÓN PERSONAL

_____
Apellido

_____
Nombre Inicial segundo nombre

Fecha de Nacimiento: _____ /_____ /_____
DD MM AÑO

Sexo: Masculino Femenino

DIRECCIÓN PRINCIPAL DE CORREO

Dirección principal para todo es correo de la AAO: Casa Oficina

_____
Dirección Postal

_____
Dirección Postal

_____
Ciudad

_____
País/Provincia/Distrito Código Postal

_____
País

Otra ubicación *(Opcional)*: Casa Oficina

_____
Dirección Postal

_____
Dirección Postal

_____
Ciudad

_____
País/Provincia/Distrito Código Postal

_____
País

INFORMACIÓN DE CONTACTO

_____
Número de Oficina

_____
Número de Fax

_____
Número de Casa

_____
Celular/Móvil

_____
E-mail principal *(Se utilizará para el log in y para recuperación de claves. No puede ser igual a ningún otro correo primario de usuario) (Requerido)*

_____
E-mail para Comunicaciones *(Las comunicaciones de la Academia se enviarán al E-mail principal, a menos que se indique otro en este campo (Opcional)*

EDUCACIÓN

Estudios de Medicina *(Requerido)*

_____
Nombre de Universidad

_____
Ciudad, Estado y País

Título _____ Recibido: _____ /_____ /_____
DD MM AÑO

Estudios Oftalmológicos *(Requerido)*

_____
Nombre de Universidad

_____
Ciudad, Estado y País

Inicio: ____ /____ /____ Finalización: ____ /____ /____
DD MM AÑO DD MM AÑO

Fellowship/Estudios Adicionales *(si aplicable)*

_____
Nombre de Universidad

_____
Ciudad, Estado y País

_____
Tipo de Estudio (por ejemplo, córnea, retina, etc.)

Inicio: ____ /____ /____ Finalización: ____ /____ /____
DD MM AÑO DD MM AÑO

Si actualmente se encuentra en un programa de **capacitación en oftalmología de tiempo completo,** debe suministrar el nombre y la firma del director del programa, o presentar una carta de verificación que debe indicar las fechas de inicio y finalización de la capacitación.

_____
Nombre del Director del Programa

_____
Firma del Director del Programa

Si es un oftalmólogo en ejercicio debe suministrar los nombres de dos oftalmólogos que avalen su solicitud de aceptación como miembro de la AAO.

_____
Nombre de la persona que da el aval

_____
Nombre de la persona que da el aval

Información Profesional

¿Está usted certificado por las siguientes instituciones? Sí No

American Board of Ophthalmology _____ /_____
MM AÑO

*American Osteopathic Board of Ophthalmology _____ /_____
MM AÑO

*Royal College of Surgeons _____ /_____
MM AÑO

*Le agradecemos tener en cuenta que al certificado debe adjuntarse la solicitud.

Envíe por fax su aplicación debidamente diligencia a: +1. 415. 561. 8575 *(la AAO no recomienda el envío de su solicitud por correo electrónico con información relacionada con su tarjeta de crédito)*

Restricciones para Ejercer su Profesión

¿Ha sido sentenciado a prisión en los últimos 7 años? Sí No

¿Alguna vez le han revocado, condicionado, suspendido, limitado, cualificado o sometido privilegios hospitalarios a los términos de libertad condicional o libertad restringida?
Sí No

¿Ha renunciado usted de forma voluntaria a sus privilegios hospitalarios?
Sí No

Si su respuesta es sí a cualquiera de estas dos preguntas, explique detalladamente la situación e incluya dicha explicación con su solicitud de admisión.

Al presentar esta solicitud de aceptación como miembro de la AAO, **Acepto** 1) que toda la información presentada en esta solicitud o como soporte de la misma es verdadera, fiel y completa; 2) cumplir con el código de ética de la AAO y 3) ceñirme a las disposiciones de sus estatutos. **Comprendo que** 1) mi solicitud está sujeta a verificación por la AAO y libero a la AAO de cualesquiera reclamos, daños o responsabilidades relacionadas al, o resultantes del, proceso de verificación; 2) mi aceptación como miembro debe contar con la recomendación de la Junta de Síndicos y deberá ser aprobada por elección de los miembros de la AAO con derecho a voto; y 3) que la AAO podrá revocar mi aceptación como miembro.

_____
Firma Fecha

*** Costo de la Solicitud** *(El costo de la solicitud deberá ir adjunto y no es reembolsable).*

Fellow Activo o Fellow Osteopático	$925 (USD)
Miembro Activo	$925 (USD)
Segundo Año de Práctica *(Sólo para EEUU)*	$650 (USD)
Primer Año de Práctica *(Sólo para EEUU)*	$425 (USD)
Miembro Internacional	$495 (USD)
Miembro Internacional en Capacitación	$160 (USD)
Miembro en Capacitación *(Sólo para E.U. y Canadá)*	No están sujetos a pago

* La tarifa cubre el costo de la aceptación como miembro desde la fecha de solicitud hasta el 31 de diciembre.

Un **Fellow Activo/Fellow Osteopático** es un oftalmólogo certificado por la American Board of Ophthalmology, la American Osteopathic Board of Ophthalmology o el Royal College of Physicians and Surgeons. Un **Miembro Activo** es un oftalmólogo no certificado por la junta que ejerce dentro o fuera de los E.U. El **primero y segundo años de experiencia en ejercicio** son para oftalmólogos en su primer y segundo años de práctica en los E.U. Estas categorías se basan estrictamente en el último año de capacitación. Un **Miembro Internacional** es un oftalmólogo que ejerce su práctica fuera de los E.U. Un **Miembro Internacional en Capacitación** es un médico que está haciendo su residencia o su capacitación como fellow en oftalmología fuera de los E.U. Un **Miembro en Capacitación** es un médico que está haciendo su residencia o su fellowship en oftalmología en los Estados Unidos y en Canadá.

Información del Pago: American Express Discover JCB MasterCard Visa Giro Bancario Transferencia Electrónica

_____
Número de Tarjeta Fecha de Vencimiento

_____
Nombre en la Tarjeta

_____
Dirección del Tarjetahabiente

_____
Ciudad/Estado/Código Postal País

El cheque/giro bancario deberá ser pagadero en un banco de Estados Unidos en dólares de los Estados Unidos a favor de la American Academy of Ophthalmology.

Para Transferencias Internacionales:

Wells Fargo Bank, NA San Francisco, CA Swift#: WFBIUS6WFFX Cuenta#: 4121478242 Nombre de la Cuenta: American Academy of Ophthalmology *(Favor incluir el nombre completo en la transferencia)*

Envíe de vuelta su solicitud debidamente diligenciada con el pago correspondiente a:

American Academy of Ophthalmology

Dept #34048

PO Box 39000

San Francisco, CA 94139

USA

Consultas directas a:

American Academy of Ophthalmology
Member Services
655 Beach Street San Francisco, CA 94109-1336
USA
Tel: +1. 415. 561. 8581
Correo electrónico: **member_services@aao.org**

Para uso exclusivo del personal de oficina

Año de Membresía: _____