AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

Protecting Sight. Empowering Lives.™

Solicitud de Ingreso como Miembro

(En letra de imprenta legible, por favor)

FECHA LÍMITE DE RECIBO: AGOSTO 15

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

TELÉPHONO

_____
Número de Oficina

_____
Número de Fax

_____
Número de Casa

_____
Celular/Móvil

E-MAIL

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

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

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)

FELLOWSHIP/ESTUDIOS ADICIONALES (si aplicable)

_____
Nombre de Universidad

_____
Ciudad, Estado y País

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

Inicio ____/___/____ **inalización** ___/___/____(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

AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

Protecting Sight. Empowering Lives.™

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.

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

Consultas directas a:
American Academy of Ophthalmology
Member Services
655 Beach St
San Francisco, CA 94109-1336
USA
Tel: +1.415.561.8581
Correo electrónico: member_services@aao.org

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

Fax su solicitud completa a:
+1.415.561.8575
(la AAO no recomienda que el email aplicaciones con información de tarjeta de crédito)

* COSTO DE LA SOLICITUD (El costo de la solicitud deberá ir adjunto y no es reembolsable)

☐ **Fellow Activo o Fellow Osteopático** $950 (USD)

☐ **Miembro Activo** $950 (USD)

☐ **Segundo Año de Práctica** (Sólo para EEUU) $650 (USD)

☐ **Frimer 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

*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.

PAYMENT INFORMATION

☐ American Express ☐ Discover ☐ JCB ☐ MasterCard ☐ Visa
☐ Giro Bancario ☐ Transferencia Electrónica

_____
Número de Tarjeta Fecha de Vencimiento

_____
Nombre en la Tarjeta

_____
Dirección del Tarjetabiente

_____
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)