

# CUESTIONARIO-REGISTRO COLEGIAL DE MÉDICOS QUE EJERCEN MEDICINA ESTÉTICA Y CIRUGÍA COSMÉTICA

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

C.P: \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## TITULACIÓN Y FORMACIÓN ACREDITADA (Adjuntar Curriculum Vitae)

Licenciado en Medicina (y Cirugía) Año \_\_\_\_\_ Pre 95  Post 95

Si es Pre 95, ¿Tiene la Certificación Ministerial de Medicina General? SI  NO

¿Solicitó la Especialidad de Medicina Familiar vía MIR? SI  NO

Especialista en \_\_\_\_\_

Postgrados Universitarios (citar Título y Universidad) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Créditos en Formación Médica Continuada. Total Créditos \_\_\_\_\_

## Actividad Profesional

Medicina Estética y/o Cirugía Cosmética:

- Dedicación en exclusiva
- Compatibilizando con otras actividades médicas

## Prestaciones (marcar los procedimientos terapéuticos que desarrolla)

- |                                                                                                    |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dietética                                                                 | <input type="checkbox"/> Acupuntura                |
| <input type="checkbox"/> Electroterapia (interferenciales, alta frecuencia, electrolopolisis, etc) |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Mecanoterapia (presoterapia, depresoterapia, amasamiento tisular, etc)    |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Terapia intralesional vía percutánea                                      | <input type="checkbox"/> Liposucción               |
| <input type="checkbox"/> Lipoescultura                                                             | <input type="checkbox"/> Lipoescultura ultrasónica |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis de varices                                                     | <input type="checkbox"/> Crioescclerosis           |
| <input type="checkbox"/> Láser vascular                                                            | <input type="checkbox"/> Flebectomía               |
| <input type="checkbox"/> Peelings                                                                  | <input type="checkbox"/> Láser resurgacing         |
| <input type="checkbox"/> Implantes faciales                                                        | <input type="checkbox"/> Dermopigmentación         |
| <input type="checkbox"/> Denervación biológica                                                     | <input type="checkbox"/> Arrugas                   |
| <input type="checkbox"/> Hiperhidrosis                                                             | <input type="checkbox"/> Estética dental           |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de tatuajes                                                   | <input type="checkbox"/> Depilación láser          |
| <input type="checkbox"/> Fotodepilación                                                            | <input type="checkbox"/> Cirugía Cosmética facial  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética corporal                                                | <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética capilar |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética de la sexualidad                                        | <input type="checkbox"/> Otros _____               |

**Lugar de actividad Profesional** (adjuntar Autorización Administrativa si la tuviere)

Nombre \_\_\_\_\_

Consulta \_\_\_\_\_

Hospital, Clínica o Centro Sanitario \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

http. \_\_\_\_\_

**Pertenencia a Sociedades Científicas** (citar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El que suscribe, Dr. \_\_\_\_\_

Manifiesta que los datos referidos en su curriculum vitae de fecha \_\_\_\_\_

Y los datos aportados en este cuestionario son rigurosamente ciertos y que está dispuesto a presentar al Colegio Oficial de Médicos de Almería los documentos que lo acreditan en el momento que le pudieran ser requeridos.

Acepto que mis datos personales sean introducidos en el fichero automatizado del Colegio Oficial de Médicos de Almería para la finalidad de conocer las características del ejercicio de la actividad de los médicos en el ámbito de la Medicina Estética y Cirugía Cosmética, para finalidades estadísticas y para enviarme información de los servicios que pudieran serme útiles.

El Colegio Oficial de Médicos de Almería le informa que podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de sus datos para todas o para alguna de esas finalidades, dirigiendo un escrito a dicho Colegio en calle Gerona nº 11, 04001, Almería, indicando su nombre, dirección y petición ( Ref. "tratamiento de datos").

Fdo. Dr/Dra. \_\_\_\_\_