



Membresía Internacional

Fecha: _____

Nombre: _____ Grado(s) Actual(es): _____

Institución: _____

Dirección preferida (elije una): Trabajo Hogar

Numero/Calle: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ País: _____

Dirección de Correo Electrónico Preferida: _____

Numero/Calle: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ País: _____

Educación:

	Institución	Año Inicial	Año Final	Nombre del Director de Entrenamiento
Residencia:				
Entrenamiento en Endoscopia:				

Certificación de Especialidad:

Medicina Interna: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Gastrointestinal: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Estado de Registro Médico: _____ País: _____ # de Registro: _____

***por favor, provee el nombre del miembro de ASGE que patrocinará su solicitud.**

Nombre: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Información con respecto a su práctica y profesión

Procedimiento:	Colonoscopia	UES (EUS en inglés)	CPER (ERCP en inglés)	GI Superior	Enteroscopy
Año:					

Ambiente de Práctica:

Práctica Individual

Hospital

Gobierno/Hospital de VA

Grupo Universitario

Practica Grupal de GI

Centro Bariátrico

Otro _____

Demográficos:

Raza:

- Indio Americano
- Negro (Caribe)
- Negro (Africano)
- Nativo de Alaska
- Isleño Pacifico
- Otro

- Asiático
- Negro (Americano)
- Caucásico/Blanco
- Nativo Hawaiano
- Multirracial
- Prefiero no contestar

- Hispano/Latino:
- Americano
- Sudamericano
- Caribe
- Centroamericano
- Europeo

Se considera usted:

- Femenina
- Masculino
- Transgénero
- Prefiero no contestar

Fecha de Nacimiento _____ (MES/FECHA/AÑO)

Razón(es) por las cuales quiere hacerse miembro de la ASGE:

- Educación
- Profesionalismo
- La Revista GIE
- Descuentos
- Legislación

Método de Pago: Dólares EEUU

Cuotas para la inscripción: US \$385

Forma de Pago (elige una)

Cheque # _____

AX VI MC DS Cantidad: \$ _____

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: ____/____

Nombre en la tarjeta: _____

Por favor note que la ASGE no admite devoluciones si la solicitud no está completada dentro de 45 días de presentación.

Envíe su solicitud completa por correo electrónico:

membership@asge.org

OR

Fax a 630.963.8332

Para enviar a través del servicio postal:

American Society for Gastrointestinal Endoscopy

3300 Woodcreek Drive

Downers Grove, IL 60515

Completando y enviando esta solicitud, usted atestigua que la información proporcionada es verdadera y exacta.