



Membresía Internacional de la ASGE

Para médicos y cirujanos que residen afuera de
los Estados Unidos y Canadá

¡Soluciones para todo el equipo GI!

¡SOLICITE hoy!

Requisitos de elegibilidad

Esta solicitud es para los individuos que residen afuera de los Estados Unidos y Canadá que pueden presentar prueba de haber sido certificado por un organismo apropiado para la evaluación del ejercicio de la especialidad médica, o estar en capacidad de proporcionar documentación que demuestre haber completado un programa de entrenamiento acreditado en gastroenterología, gastroenterología pediátrica o cirugía general. Aquellos aspirantes que residan en países que no tienen un organismo para evaluar la especialidad médica deberán presentar evidencia de ser miembros de la sociedad de endoscopia de su país y deberán recibir la recomendación de dicha sociedad para su candidatura como miembro de la ASGE. El candidato requiere un Patrocinador quien es socio norteamericano, socio internacional, o principal por antigüedad de la ASGE. Para mayores detalles sobre los requisitos de elegibilidad para la membresía internacional por favor visite la página web en www.ASGE.org y haga clic en "Join ASGE."

La cuota anual: \$485.00: \$385 más una cuota única de matriculación de \$100
que se cobrará con la solicitud.

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

¿Preguntas?

Comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente marcando 00 1 630 573 0600 o por correo electrónico a membership@asge.org.

Beneficios de Membresía

A continuación, hay unos de los recursos, iniciativas, y resultados posibles por el apoyo de nuestros socios y las cuotas anuales. Como siempre agradecemos la oportunidad de servir a Usted y ser su compañero en el desarrollo de un cuidado endoscópico de alta calidad. ¡Gracias!

- Revistas clínicas informativas - *GIE: Gastrointestinal Endoscopy*®, *SCOPE*, *ASGE Leading Edge* e *Interlink International News*
- El Centro de Aprendizaje ASGE en la red – ofrece casi 200 videos y actividades educativas presentando técnicas y tecnología, casos interesantes, pautas clínicas y recursos de gerencia específicamente para endoscopia
- Programa de membresía para grupos- Organizaciones internacionales que inscriben 10 o más socios ahorran los \$100 de matriculación.
- Con 50 socios la organización recibe un kit completo de videos desde la Biblioteca de Aprendizaje Endoscópico de la ASGE **gratis**.
- Contenido **gratis** en el centro de aprendizaje (GILEAP)

¡HÁGASE SOCIO de la ASGE y ahorre más de US \$4,700 con los beneficios tangibles!

Beneficio	Ahorros
GIE®	\$ 350
DDW®	\$ 625
Contenido gratis en el OLC	\$3,750
Ahorro Total	\$4,725

*Siga sumando los ahorros con descuentos de hasta 20% en ciertos videos y productos para el aprendizaje y en las registraciones para los cursos de la ASGE!



Formulario de recomendación para Socio Internacional de la ASGE (Favor de llenar en inglés)

Para inscribirse como socio internacional, el aspirante requiere un patrocinador que es socio activo, socio principal por antigüedad o socio internacional de la ASGE. El patrocinador tiene que llenar la información que se solicita debajo de información del recomendante. Por favor devuelva el formulario completado por fax a 001 630-963-8332 o por correo postal a ASGE 3300 Woodcreek Drive, Downers Grove, IL 60515. Por favor contacte a nuestro departamento de servicio al cliente si tiene cualquier pregunta marcando 00 1 630.573.0600 o por correo electrónico a membership@asge.org.

Fecha: _____

Información acerca del candidato

Nombre _____ Inicial (si tiene nombre compuesto) _____ Apellido _____

Título de Posición/Cargo _____ Grado(s) Actual(es) ☐ MD ☐ DO Otro _____

Teléfono _____ Fax _____

Dirección de correo electrónico _____

Información del recomendante

El recomendante del aspirante tiene que llenar la información que se solicita abajo.

Nombre _____ Inicial (si tiene nombre compuesto) _____ Apellido _____

Teléfono _____ Número de Socio (si está disponible) _____

Dirección de correo electrónico _____

Base para la evaluación (por favor, elija todas las opciones que sean aplicables)

Director de un programa de entrenamiento en endoscopia ☐

Miembro de la ASGE familiarizado con la destreza clínica y endoscópica del aspirante ☐

Evaluación

Destreza clínica y discernimiento en relación a los pacientes: ☐ adecuada ☐ inadecuada ☐ no la puedo evaluar
Destreza endoscópica ☐ adecuada ☐ inadecuada ☐ no la puedo evaluar

Yo ☐ recomiendo ☐ no recomiendo para la membresía de la ASGE.

Firma del recomendante (**requerido**) _____



Membresía Internacional de la ASGE

Fecha (Mes/Día/Año): _____

Información personal

Nombre _____ Inicial (si tiene nombre compuesto) _____ Apellido _____

Sufijo _____

Demográficos

La información solicitada con respecto a sexo, ciudadanía y grupo étnico solamente se solicita

Raza:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro (Africano) |
| <input type="checkbox"/> Negro (Caribe) | <input type="checkbox"/> Negro (Americano) | <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (Americano) | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (Centro América) | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (Caribe) |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (Sur América) | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (Europeo) | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano | <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico | <input type="checkbox"/> Multirracial _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar | |

Se considera usted:

- ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ Transgénero ☐ Prefiero no contestar

Fecha de nacimiento _____
MES/FECHA/AÑO

Título de Posición/Cargo _____ Grado(s) Actual(es) ☐ MD ☐ DO Otro _____

Dirección preferida para recibir envíos de correo ☐ Trabajo ☐ Casa

Dirección preferida para correos electrónicos: ☐ Trabajo ☐ Casa

Lugar de trabajo/Nombre de la institución _____

Dirección de su lugar de trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ País _____

Teléfono _____ Fax _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección de su domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ País _____

Teléfono _____ Fax _____

Dirección de correo electrónico _____



Membresía Internacional de la ASGE

Educación

Por favor provee **nombre de la institución, grado conferido, y fecha de grado conferido** para lo siguiente:

Escuela de medicina:

Institución: _____

Grado Conferido: _____ Fecha de grado conferido: _____

Por favor provee **nombre de la institución, nombre del director del programa y fechas de entrenamiento** abajo:

Residencia:

Institución: _____

Director de Programa: _____

Fechas de entrenamiento: _____

Sub-especialidad: (por ejemplo, hepatología, cirugía, oncología, etc)

Institución: _____

Director de Programa: _____

Fechas de entrenamiento: _____

Entrenamiento en endoscopia

Por favor provee **el nombre de la institución y el/la directora/a más las fechas de entrenamiento** abajo:

Institución: _____

Director de Programa: _____

Fechas de entrenamiento: _____

Registro Médico (Si es aplicable)

Estado / País _____ # de registro _____

Certificación por un organismo evaluador para el ejercicio de la especialidad médica (Si es aplicable)

Certificado de especialidad (Medicina Interna) _____ Fecha de vencimiento _____

Certificado de especialidad (Gastrointestinal) _____ Fecha de vencimiento _____

Información con respecto a su práctica y profesión

Experiencia en endoscopia durante los últimos 12 meses y número de procedimientos realizados

	Año	Números realizados
Endoscopia gastro duodenal	_____	_____
CPER (ERCP en ingles)	_____	_____
Colonoscopia	_____	_____
Laparoscopia	_____	_____
UES (EUS en ingles)	_____	_____



Membresía Internacional de la ASGE

Ambiente de práctica

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corporativo/Industrial | <input type="checkbox"/> Hospital Grupal de GI - empleado | <input type="checkbox"/> Práctica Privada Grupal de GI - empleado |
| <input type="checkbox"/> Práctica Privada Grupal de GI - socio | <input type="checkbox"/> Hospital/centro medico del gobierno | <input type="checkbox"/> Grupo de multiples especialidades – empleado del hospital |
| <input type="checkbox"/> Grupo de multiples especialidades-práctica privada-empleado | <input type="checkbox"/> Grupo de multiples especialidades-práctica privada-socio | <input type="checkbox"/> Práctica Individual |
| <input type="checkbox"/> Modelo de personal HMO | <input type="checkbox"/> Grupo Universitario | <input type="checkbox"/> Otro (empleado) |
| <input type="checkbox"/> Otro (contratista independiente) | | |

Razones por las cuales quiere hacerse miembro de la ASGE (elijá todas las que sean aplicables a Usted) (Opcional)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> El jornal EGI (GIE en ingles) |
| <input type="checkbox"/> Profesional | <input type="checkbox"/> Obtener acceso a distinciones por investigación |
| <input type="checkbox"/> Obtener un descuento en la inscripción a DDW | <input type="checkbox"/> Acceso al sitio de Internet solo para miembros |
| <input type="checkbox"/> Apoyo o para hacer parte del cuerpo | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Autorización del aspirante

Autorizo a la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal para obtener información de parte de sociedades, personal hospitalario, miembros y de cualquier otra fuente que se relacione con esta solicitud y con la evaluación de mis calificaciones para ser considerado como miembro, y dicha información, ya sea o no solicitada por la Sociedad, puede ser mantenida de manera confidencial por la Sociedad.

☐ Certifico que la información anterior es correcta. _____
Firma

Permiso para transmisión por medio de fax

Al proporcionar el número de fax y mi firma abajo autorizo a la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) y a la Fundación Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal a enviar facsímiles fax, que pueden incluir información educativa, materiales de promoción, publicidad y otros materiales comerciales. NOTA: La ASGE no otorga, vende o confiere permiso para el uso del número de fax de los miembros o la información de su correo electrónico a ninguna compañía u organización ajena a la ASGE.

Por favor anote todos los números de fax que puedan ser usados con el objeto de que le podamos proporcionar la información más reciente relacionada con la organización.

(_____) (_____) _____
Los números de fax Firma

El período de la membresía es el 1 de enero – el 31 de diciembre. La cuota anual para el año siguiente será prorrateada basada en la fecha de aprobación.

Un Patrocinador Requerido (Miembro Activo, Principal por antigüedad o Internacional)

Nos podemos poner en contacto con su patrocinador por su parte si provee las informaciones pedidas abajo.

Recomendante: Nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Número de socio (si está disponible) _____ Correo electrónico _____

Compañía/Nombre de la institución: _____



Membresía Internacional de la ASGE

Cuotas para la inscripción: US \$485 = US \$385 + la tarifa única de matriculación \$100

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

Socios de la ASGE tiene derecho a inscribirse también para ABE, la Asociación para Endoscopia Bariátrica, una división de la ASGE, con una cuota adicional de \$100.00

☐ Association for Bariatric Endoscopy (ABE)

¡Inscríbase en un grupo de interés especial! –solamente \$25 cada uno para 1 año*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centros Ambulatorios Endoscópicos (AEC) | <input type="checkbox"/> Endoscopia-Intestinos Pequeños / Endoscopia con Capsula (SBE/CE) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Reflujo Gastroesofágico/Terapias Endoluminal para Enfermedades Esofágicas (GERD/ETED) | |
| <input type="checkbox"/> Ultrasonido Endoscópico (EUS) | <input type="checkbox"/> Invenciones & Innovación (II) |
| <input type="checkbox"/> Disección Endoscópica bajo Membrana Mucosa (ESD) | <input type="checkbox"/> Cholangiopancreatography Endoscópico Retrogrado (ERCP) |
| <input type="checkbox"/> Mujeres en Gastroenterología (WGI) | <input type="checkbox"/> Intervencionista IBD (IIBD) |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia Intraductal y Cholangiopancreatography (IECP) | <input type="checkbox"/> Latin American (LATAM) |

Método de Pago:

☐ El cheque está adjunto en dólares EEUU, a nombre de la ASGE

Cheque # _____ Cantidad _____

Tarjeta de crédito:

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ American Express ☐ Discover

Número de tarjeta de crédito _____ Nombre impreso en la tarjeta _____
(En letra mayúscula)

Fecha de caducidad _____ Cantidad _____ Firma _____
MES / AÑO

Puede enviar la solicitud completada por: **Correo postal:** ASGE
3300 Woodcreek Drive
Downers Grove, IL 60515
Por internet: www.ASGE.org/membership
Fax: 001 630-963.8332