



Membresía para el médico en entrenamiento internacional de la ASGE Para un médico asistiendo a un programa de entrenamiento en gastroenterología/endoscopia que vive fuera de los Estados Unidos y Canadá

**¡Soluciones para todo el equipo GI!
¡SOLICITE hoy! Cuota baja de ¡\$25 por año!**

Las cuotas para membresía (basadas en cuántos años más de entrenamiento le quedan)

1 año de entrenamiento más = \$25.00/2 años de entrenamiento más = \$50.00/3 años de entrenamiento más = \$75.00

*Si el entrenamiento excede 3 años, pague \$25.00 adicionales por cada año que sube (máximo = 5 años). Una verificación de las fechas de entrenamiento firmada por el director del programa se debe entregar a la ASGE para aprobación.

Requisitos de elegibilidad

La categoría de membresía es para aspirantes médicos en entrenamiento especializados en gastroenterología o residentes especializando en cirugía. El director del programa del aspirante tiene que llenar el formulario de recomendación.

Para mayores detalles sobre los requisitos elegibilidad visite la página web en www.ASGE.org y haga clic en "join ASGE."

¿Preguntas?

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

Beneficios para Médicos en Entrenamiento

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 informativas clínicas - *GIE: Gastrointestinal Endoscopy*®, *SCOPE*, *ASGE Leading Edge* y *Interlink International News*
- Descuentos para cursos y productos, por ejemplo el curso anual Posgrado ASGE en DDW®
- *GESAP IX* – el recurso primero para la autoevaluación
- El recién creado programa mentor ayuda médicos en capacitación en desarrollar las destrezas necesarias para enfrentar los retos de su profesión como gastroenterólogo, cambios tecnológicos, y atención a pacientes por emparejar el aspirante con un socio con mucha experiencia
- Contenido gratis en el centro de aprendizaje GILEAP en nuestro sitio

¡HAGASE SOCIO de la ASGE y ahorre más de \$2000 EEUU con los beneficios tangibles!

Beneficio	Ahorros
GIE®	\$ 350
DDW®	\$ 625
Contenido Gratis en GILEAP	\$3,750
Ahorro Total	\$4,725

*Siga sumando los ahorros cuando reciba descuentos de hasta 20% en ciertos videos y productos para la educación y además hay ahorros en las registraciones para los cursos de la ASGE!



ASGE Formulario para la recomendación para Socio en Entrenamiento

(Favor de llenar en inglés)

Para inscribirse como socio en entrenamiento, el director del programa del aspirante tiene que llenar la información que se solicita debajo de "Recomendación." Por favor devuelva el formulario completado por medio de fax a 001 630-963-8332 o por correo postal a 3300 Woodcreek Drive, Downers Grove, IL 60515. Para cualquier pregunta, por favor contacte a nuestro departamento de servicio al cliente 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 _____ Sufijo _____

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

Dirección preferida para recibir envíos de correo postal Trabajo Casa
Dirección preferida para recibir 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 _____

Recomendación

El director de entrenamiento del aspirante tiene que llenar la información que se solicita abajo.

Nombre _____ Inicial (si tiene nombre compuesto) _____

Apellido _____ Sufijo _____

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

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

	Sí	No
Socio Activo de la ASGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jefe de Servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Director del Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Firma **requerido**) _____



Membresía para el médico en entrenamiento

Información personal

Fecha (mes/día/año): _____

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

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

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

Dirección preferida para recibir envíos de correo Trabajo Casa
Dirección de correo electrónico preferida: 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 _____

Educación

Por favor provee **nombre de la institución, grado conferido, y fecha de grado conferido** abajo:

Escuela de medicina

Institución: _____

Grado Conferido: _____ Fecha: _____



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

Institución: _____

Nombre del director del Programa: _____

Fechas de entrenamiento: _____

Residencia

Institución: _____

Nombre del director del Programa: _____

Fechas de entrenamiento: _____

Entrenamiento en Gastroenterología/Endoscopia (Por favor provee **nombre de la institución, nombre del director del programa y fechas** abajo):

Nombre de la institución _____

Nombre del director del programa _____

Fechas de entrenamiento _____

Registro Médico Por favor marcar con (x) si sean pendientes los resultados del examen del registro médico.

Estado / País _____ # de registro _____

Certificación por un organismo evaluador para el ejercicio de la especialidad médica

Certificado de especialidad _____ Fecha _____

Certificado de especialidad _____ Fecha _____

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> El jornal EGI (GIE en inglés) |
| <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 _____ |

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 aplicación 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.

(_____) _____ (_____) _____
Firma



Membresía para el médico en entrenamiento

Pago

El período de la membresía es del 1 de julio hasta el 30 de junio. Note que las cuotas para todos los años de entrenamiento* se deben pagar al inicio de la membresía y entregadas con la solicitud. Al fin del entrenamiento recibirán 6 meses gratuitos y la cuota para el próximo año sería rebajada al nivel determinado por el Consejo de la ASGE.

Costo de la membresía:

1 año de entrenamiento = \$25.00 2 años de entrenamiento = \$50.00 3 años de entrenamiento = \$75.00

*Si el entrenamiento excede 3 años, pague \$25.00 adicionales por cada año que sube (máximo = 5 años). Una verificación de las fechas de entrenamiento firmada por el director del programa se debe entregar a la ASGE para aprobación.

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

- Centros Ambulatorios Endoscópicos (AEC) Endoscopia-Intestinos Pequeños / Endoscopia con Capsula (SBE/CE)
- Enfermedades de Reflujo Gastro-Esofágico/Terapias Endoluminal para Enfermedades Esofágicos (GERD/ETED)
- Ultrasonido Endoscópico (EUS) Inventiones & Innovación (II)
- Disección Endoscópica bajo Membrana Mucosa (ESD) Cholangiopancreatography Endoscópico Retrogrado (ERCP)
- Mujeres en Endoscópica (AWE) Intervencionista IBD (IIBD)
- Endoscopia Intraductal y Cholangiopancreatography (IECP) Latin American (LATAM)
- 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

Envíe la solicitud completada por: **Correo postal:** ASGE
3300 Woodcreek Drive
Downers Grove, IL 60515

Por internet: www.ASGE.org

Fax: 00+1 630-963-8332