Solicitud de Membresía PAAO

☐ Miembro Titular (US$150) – MD/PhD/DO que vive en las Américas
☐ Miembro-en-Entrenamiento (US$50) – en programa de entrenamiento (Residente/Fellow)
☐ Miembro Correspondiente (US$100) – MD/PhD/DO que vive fuera del hemisferio occidental

Miembro Titular PAAO

Un candidato a ser Miembro Titular (Active Member) de la PAAO debe ser un médico que posea el grado de Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO) o un grado médico equivalente tal como lo determine la Junta Directiva. Debe poseer una licencia válida e ilimitada para ejercer la práctica de la medicina en aquel país en donde se practique regularmente esta ciencia. Que haya completado el entrenamiento formal de oftalmología o su equivalente, tal como lo determine la Junta Directiva, y que sea miembro acreditado de la sociedad nacional afiliada a la PAAO en aquel país en donde se practique regularmente esta ciencia. Si el candidato practica en más de un país, tiene que ser miembro areditado de la sociedad nacional afiliada a la PAAO en cada uno de los países en donde practique la ciencia.

BENEFICIOS DE SOCIO ACTIVO

- Precios especiales en congresos y cursos regionales de la PAAO.
- Un diploma de Miembro Titular de la PAAO.
- Una tarjeta de membresía válida para el año calendario, al pagarse la cuota anual.
- El boletín multilingüe *Vision Pan-America*.
- El Comité de Investigación ofrece varias becas anuales a la reunión de la ARVO para oftalmólogos jovenes, distinguidos por sus países.
- Acceso al directorio de centros reconocidos para residencias o en calidad de observadores en los Estados Unidos que aceptan participantes Latino Americanos. El Comité de Fellowships elaboró este listado.
- Por medio del Programa de Profesores Visitantes, oftalmólogos invitados por alguna sociedad nacional miembro de la PAAO viajan a congresos nacionales pagando la PAAO el boleto aéreo de ida y vuelta en clase económica.

INFORMACIÓN DEL CANDIDATO

(Letra de Imprenta)

Apellido (s) (MD, PhD, etc)

Nombres

Dirección de correo aéreo

Dirección (continuada)

Ciudad Estado C.Postal País

Teléfono FAX

Email:

Nombre como debe aparecer en su diploma de Miembro

Idiomas: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Portugués

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
día mes año

ENTRENAMIENTO

Programa de Residencia año en que se completó

Programa de Fellowship año en que se completó

Programa de Fellowship

CERTIFICACION

Favor de enumerar los países en donde usted practica la oftalmología. Favor de adjuntar copia del diploma de la sociedad nacional oftalmológica.

Yo entiendo y estoy conforme que mi permanencia en la PAAO como Miembro Titular (Active Member) estará sujeta a todos los términos y condiciones de los Estatutos de la PAAO, y que la Junta Directiva de la PAAO puede rechazar mi membresía si esta solicitud carece de hechos verdaderos, no susceptibles de comprobación, dentro del material solicitado, que yo les envío.

Firma del Candidato Fecha

Respaldo de la Solicitud

La solicitud tiene que ser respaldada por un (1) Miembro Titular (Active Member) o Miembro Vitalicio.

Yo, _____
(nombre completo de la persona que hace el respaldo)
certifico que soy Miembro Titular (Active Member) o Miembro Vitalicio de la PAAO, que conozco al candidato

_____:
(nombre completo del candidato)
que tengo conocimiento de la competencia y comportamiento profesional del candidato; que el candidato ha logrado un alto nivel profesional de comportamiento y está de acuerdo con los valores de la PAAO, y que a solicitud puedo suministrar toda la información necesaria para verificar la veracidad y exactitud de esta certificación.

Firma de quien respalda fecha

FORMA DE PAGO

Forma pago a la PAAO (incluir pago con la solicitud)

Escoger uno: ☐ Dinero en Efectivo ☐ Cheque # _____
☐ Int'l Visa ☐ Int'l MasterCard ☐ American Express ☐ Discover

Si desea pagar con tarjeta de crédito internacional, favor completar la siguiente información:

Número de la Tarjeta (requerido)

_____/_____ _____
Vencimiento (mes/año) Código de Seguridad

Nombre como aparece en la tarjeta

Firma del tarjetahabiente

Favor de incluir confirmación de su membresía actual en la sociedad nacional oftalmológica

No escriba en esta sección;
Solamente para el uso de contabilidad.

Payment Received:
ID #: _____
Date: _____
Status: _____
By: _____
Source: _____
Amount: _____
Payment Entered:
Payment type: _____
Date: _____
Dues Year: _____
By: _____

Pan-American Association of Ophthalmology
1301 S Bowen Road #450, Arlington TX 76013 USA
tel: 817-275-7553 fax: 817-275-3961 email: info@paao.org www.paao.org