



# ***Sociedad Dominicana de Dermatología***

*Filial del Colegio Médico Dominicano*

*Fundado 8 Junio del 1949 RNC 430008184*

## **FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO EXTRAJEROS**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telf. Ofic.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Título Trabajo a Presentar: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Documentos / Checklist:

|                                                                                          |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Foto 2x2 reciente                                               | <input type="checkbox"/> Cartas de recomendaciones de tres miembros activos              |
| <input type="checkbox"/> Copia de cédula dominicana                                      | <input type="checkbox"/> Copia de exequátur dominicano                                   |
| <input type="checkbox"/> Currículum vitae actualizado                                    | <input type="checkbox"/> Certificación del plamejur (1 mes de vigencia)                  |
| <input type="checkbox"/> Carta formal de solicitud dirigida a la presidenta o secretaria | <input type="checkbox"/> Certificación del Colegio Médico Dominicano (1 mes de vigencia) |

Revisado por:

\_\_\_\_\_  
**Dr. Betssy Hazoury**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Rossy Nuñez**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Anny Peña**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Martha Soto**

## **Directiva 2025-2027**

**Dra. Betssy Hazoury**

Presidenta

**Dra. Fabrina Feliz**

vicepresidenta

**Dra. Rossy Nuñez**

Secretaria

**Dra. Rosabel Morel**

Tesorera

**Dra. Anny Peña**

Vocal Comité Científico

**Dra. Martha Soto**

Vocal Comité Ética

**Dr. Max Suazo**

Vocal Relaciones Públicas

### **Filial Norte**

**Dr. Peter Brayan Paula**

Presidente

**Dra. Katuska Leonardo**

Vicepresidente

**Dra. Alexandra Espinal**

Secretaria

**Dra. Jana Quezada**

Tesorera

**Dra. Alfonsina Decamps**

Vocal Comité Científico

**Dra. Miguelina Jaquez**

Vocal Comité Ética

**Dra. Ilse Arias**

Vocal Relaciones Públicas

Av. Rómulo Betancourt 1308, Corporate Center 1308, Santo Domingo DN. República Dominicana

Teléfono: 809.221.8799 [sociedaddominicanadermatologia@hotmail.com](mailto:sociedaddominicanadermatologia@hotmail.com)

FILIAL NORTE: [Sddfilialnorte@gmail.com](mailto:Sddfilialnorte@gmail.com)



[@sociedaddominicanadermatologia](https://www.facebook.com/sociedaddominicanadermatologia)

[www.sociedaddominicanadermatologia.com](http://www.sociedaddominicanadermatologia.com)

## • Formación médica general

Universidad donde obtuvo el título de Doctor en Medicina: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Año de graduación: \_\_\_\_\_

No. de diploma / registro universitario: \_\_\_\_\_

Libro: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

|                                                                          |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diploma de Doctor en Medicina                   | <input type="checkbox"/> Récord de notas de Medicina                              |
| <input type="checkbox"/> Título legalizado                               | <input type="checkbox"/> Apostilla de La Haya o legalización consular (si aplica) |
| <input type="checkbox"/> Homologación / certificación MESCYT (si aplica) | <input type="checkbox"/> Traducción oficial al español (si aplica)                |

## • Residencia de Medicina Interna

Requisito mínimo obligatorio: 1 año de residencia hospitalaria presencial previa o programa equivalente reconocido, con carga mínima de 2,000 horas supervisadas.

Institución hospitalaria: \_\_\_\_\_

Universidad o institución avaladora: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Horas totales certificadas: \_\_\_\_\_

|                                                                              |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diploma o certificación oficial de Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Pensum / programa académico |
| <input type="checkbox"/> Récord de notas o evaluación académica              |                                                      |

## • Residencia en Dermatología

Requisito mínimo: 3 años de residencia presencial a tiempo completo en Dermatología, con carga mínima de 9,000 horas supervisadas.

Institución hospitalaria principal: \_\_\_\_\_

Universidad o institución avaladora: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Horas totales certificadas: \_\_\_\_\_

Nombre exacto del programa: \_\_\_\_\_

|                                                                |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diploma universitario de Dermatología | <input type="checkbox"/> Diploma o certificación del hospital sede         |
| <input type="checkbox"/> Récord de notas completo              | <input type="checkbox"/> Pensum académico oficial                          |
| <input type="checkbox"/> Certificación de carga horaria total  | <input type="checkbox"/> Certificación de modalidad presencial / full-time |
| <input type="checkbox"/> Certificación de duración en años     | <input type="checkbox"/> Apostilla de La Haya o legalización consular      |
| <input type="checkbox"/> Legalización / homologación MESCYT    | <input type="checkbox"/> Traducción oficial al español (si aplica)         |

## • Acreditación institucional internacional

Organismo acreditador nacional del país de formación: \_\_\_\_\_

Número de registro o acreditación del programa: \_\_\_\_\_

Hospital docente acreditado por: \_\_\_\_\_

Universidad reconocida por: \_\_\_\_\_

Ejemplos de organismos de referencia: Brasil: MEC / CNRM / COREME; Estados Unidos: ACGME; España: Ministerio de Sanidad / sistema MIR; otros países: ministerio de salud, ministerio de educación, consejo nacional de residencias médicas o autoridad equivalente.

|                                                                           |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evidencia de acreditación institucional          | <input type="checkbox"/> Evidencia de acreditación del programa de Dermatología          |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de reconocimiento del hospital docente | <input type="checkbox"/> Documento oficial del organismo regulador del país de formación |

### • Experiencia profesional y conducta ética

Centros donde ejerce actualmente: \_\_\_\_\_

Años de ejercicio como dermatólogo: \_\_\_\_\_

Subespecialidades / fellowships: \_\_\_\_\_

Sociedades médicas a las que pertenece: \_\_\_\_\_

### • Resumen del trabajo científico a presentar ☐

### • Envío de correo electrónico a la Sociedad Dominicana de Dermatología solicitando el ingreso, al correo: [societaddominicanadedermatologia@hotmail.com](mailto:societaddominicanadedermatologia@hotmail.com). ☐

### • Comprobante de depósito por valor de RD\$2,000.00 correspondiente al derecho de solicitud de ingreso. ☐

### • Declaración jurada y autorización de verificación

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que toda la información y documentación presentada es auténtica, completa y verificable. Reconozco que la presentación de documentos falsos, incompletos, contradictorios o no verificables podrá resultar en rechazo de mi solicitud, anulación de cualquier aprobación otorgada y comunicación a las autoridades competentes cuando corresponda. Autorizo expresamente a la Sociedad Dominicana de Dermatología a verificar mis credenciales académicas y profesionales con universidades, hospitales, organismos reguladores, ministerios, sociedades médicas y autoridades nacionales o internacionales.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

### • Uso exclusivo del Comité de Credenciales Internacionales

|                                                           |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo              | <input type="checkbox"/> Expediente incompleto                     |
| <input type="checkbox"/> Credenciales verificadas         | <input type="checkbox"/> Requiere verificación externa             |
| <input type="checkbox"/> Equivalencia académica favorable | <input type="checkbox"/> Equivalencia académica condicionada       |
| <input type="checkbox"/> No cumple equivalencia mínima    | <input type="checkbox"/> Recomendación favorable a Junta Directiva |
| <input type="checkbox"/> Recomendación no favorable       | <input type="checkbox"/> Pendiente de documentos adicionales       |

Observaciones del comité: \_\_\_\_\_

Miembros evaluadores: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_