



Sociedad Dominicana de Dermatología

Filial del Colegio Médico Dominicano

Fundado 8 Junio del 1949 RNC 430008184

FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO NACIONALES

Nombre y Apellido: _____

Cédula: _____ Fecha Nacimiento: _____

Centro de trabajo: _____

Dirección: _____

Telf. Ofic.: _____ Celular: _____

Título Trabajo a Presentar: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Documentos / Checklist:

☐ Foto 2x2 reciente	☐ Cartas de recomendaciones de tres miembros activos
☐ Copia de cédula dominicana	☐ Copia de exequátur dominicano
☐ Currículum vitae actualizado	☐ Certificación del plamejur (1 mes de vigencia)
☐ Carta formal de solicitud dirigida a la presidenta o secretaria	☐ 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

FILIAL NORTE: Sddfilialnorte@gmail.com



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

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: _____

☐ Diploma de Doctor en Medicina	☐ Título legalizado por el MESCyT.
--	---

• Residencia de Medicina Interna

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

Institución hospitalaria: _____

Universidad o institución avaladora: _____

País: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

• 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: _____

☐ Título de Dermatólogo, que incluya 1 año de residencia en medicina interna y 3 años de dermatología otorgado por la UASD	☐ Diploma o certificación del hospital sede
☐ Legalización por MESCYT	

• 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.** ☐
- **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 el rechazo de mi solicitud, la anulación de cualquier aprobación otorgada y la 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, el MESCyT, el Colegio Médico Dominicano y cualquier otra institución competente.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Documento de identidad: _____

- **Uso exclusivo de la Sociedad Dominicana de Dermatología**

☐ Expediente completo	☐ Expediente incompleto
☐ Credenciales verificadas	☐ Requiere verificación externa
☐ Equivalencia académica favorable	☐ Equivalencia académica condicionada
☐ No cumple equivalencia mínima	☐ Recomendación favorable a Junta Directiva
☐ Recomendación no favorable	☐ Pendiente de documentos adicionales

Miembros evaluadores: _____

Fecha de revisión: _____

1949