



SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRÍA

Ficha de Registro

1. Nombre completo _____

2. Fecha y lugar de nacimiento _____

3. Estudios de Medicina (Dónde y cuándo) _____

4. Residencia de Pediatría (Dónde y cuándo) _____

5. Fecha del título de Especialista den Pediatría _____

6. Fecha y lugar del título de Subespecialidad _____

7. Institución donde trabaja actualmente _____

8. Domicilio _____

9. Celular _____ teléfono _____

10. Correo electrónico _____

11. Tipo de socio: Activo _____ Asociado _____ Honorario _____ Emérito _____

Firma _____ Cédula _____

Fecha _____