



**Comité de Recertificaciones  
Asociación Médica Argentina**



---

**ANEXO 3**

Planilla para solicitar ingresar al Programa de Recertificación del CRAMA

Programa de Recertificación de la Asociación Médica Argentina

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

Sr. Presidente del Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted con el objeto que sea considerada mi solicitud de evaluación en el Programa de Recertificación del Título o Certificado de Especialista en:

**1-DATOS DE FILIACIÓN**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Matrícula profesional: Nacional: \_\_\_\_\_ Provincial: \_\_\_\_\_

DNI-LE-CI: \_\_\_\_\_ Nº de socio AMA: \_\_\_\_\_



**PARA USO RESERVADO DEL CRAMA**

EVALUACION FINAL Fecha:	CRAMA		ESPECIALIDAD:					
	Especialidad							
	Convenio							
APROBADO	SI	NO	CATEGORIA: 5	4	3	2	1	C
Rte. de AMA	Vocal	Vocal	Secretario	Presidente				

**2- TÍTULO PROFESIONAL**

Título profesional de: \_\_\_\_\_

Otorgado: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de estudios: \_\_\_\_\_

**3- TÍTULO O CERTIFICACIÓN DE ESPECIALISTA**

Título o Certificación de Especialista en: \_\_\_\_\_

Otorgado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Otorgado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Otorgado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4- RECERTIFICACIÓN ANTERIOR**

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Realizada por: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_



---

5- RESUMEN DE ACTIVIDAD INSTITUCIONAL PÚBLICA (últimos 5 años)

---

---

---

---

---

6- RESUMEN DE ACTIVIDAD PRIVADA (últimos 5 años)

---

---

---

---

---

7- ACTIVIDAD EN ASOCIACIONES, SOCIEDADES, COLEGIOS, COMITES, ORGANIZAIONES DEL EQUIPO DE SALUD O CONGRESOS (últimos 5 años)

---

---

---

---

---

8- TRABAJOS PUBLICADOS, PREMIOS, BECAS (últimos 5 años)

---

---

---

---

---

9- RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD (últimos 5 años)

Cargo: \_\_\_\_\_

Cátedra: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_



---

**10- OTRO REQUISITO SEGÚN LA ESPECIALIDAD**

---

---

---

**11- VALORACIÓN ÉTICO-MORAL Y TÉCNICO**

Los siguientes miembros del Equipo de Salud, de reconocida trayectoria en la especialidad, pueden ser consultados respecto de mi desempeño profesional a los fines que la AMA juzgue de su interés.

(Nombre, apellido, dirección actual, teléfono, firma y sello de los miembros avalantes)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Dejo constancia que conozco y acepto el Programa de Recertificación de la AMA y declaro que los antecedentes que constan en la presente solicitud y en mi curriculum vitae pertenecen y son ciertos.

La presente tiene carácter de declaración jurada.

Acepto la decisión de la comisión directiva de la AMA respecto de mi Recertificación.

Sin otro particular, salido atentamente al Dr. Presidente con toda mi consideración.

Firma y sello del postulante



---

**REQUISITOS GENERALES PARA LA RECERTIFICACIÓN**

- 1- El postulante deberá estar certificado en alguna especialidad reconocida por la AMA y tener más de 5 años de ejercicio en la especialidad a Recertificar.
- 2- Llenar el formulario de inscripción del CRAMA completando todos los datos.
- 3- Adjuntar Curriculum vitae de los últimos 5 años de actividad profesional (en formato Word)
- 4- Si es la PRIMERA vez que recertifica en AMA, debe presentar original y copia del Título Universitario (**si no es la primera vez, sólo copia**)
- 5- Si es la PRIMERA vez que recertifica en AMA, debe presentar original y copia del Título o Certificado de Especialista (**si no es la primera vez, sólo copia**)
- 6- Presentar copia del diploma de Recertificación anterior si lo posee
- 7- a) Presentar un certificado de aptitud psicofísica para el ejercicio de la profesión, expedido por otro profesional médico  
b) Si la especialidad a Recertificar es Psiquiatría o Psicología Médica, el certificado de aptitud psicofísica debe ser expedido por un profesional de dichas especialidades, a pedido de la Junta de Evaluación de la Especialidad