	F-ES-01	FICHA PARA INSCRIPCION PROGRAMA DE FELLOW			
EyeSmart	Versión	Estatus	Fecha edición	Página	Próxima revisión
	1	Vigente	ago-24	1 de 1	ago-28

GRACIAS POR ELEGIRNOS COMO OPCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE SUS HABILIDADES PROFESIONALES

El Instituto Almagro, a través de su Programa EyeSmart, ha desarrollado procesos mediante los cuales facilitamos el aprendizaje y perfeccionamiento de habilidades y destrezas clínico-quirúrgicas en los diferentes ámbitos de la oftalmología, para nosotros es un privilegio contar con profesionales como usted.

Nuestros cursos tienen una duración de un año calendario, excepto Segmento Posterior dos años. Cada periodo académico inicia en el mes de enero de cada año.

FECHA: _____

Nombre completo	
Nro. de cédula	
Dirección domicilio	
Teléfono	
Correo electrónico	
Institución (trabajo o estudio)	
Nivel académico	
Período académico	(indique el año)

¿Ha realizado algún curso de Fellow anteriormente?:

NO ○ **SI** ○ _____

SEÑALE LA SUBESPECIALIDAD DE SU INTERES:

○ FELLOW EN SEGMENTO ANTERIOR

○ FELLOW EN SEGMENTO POSTERIOR

○ FELLOW EN GALUCOMA

○ FELLOW EN (_____)

EyeSmart, le indicará la disponibilidad del curso, de acuerdo con el periodo académico indicado.

FIRMA DEL ASPIRANTE_____

POR FAVOR ESPERE LA CONFIRMACIÓN Y DISPONIBILIDAD

Mail. fellowsalmagro@gmail.com TELF. 0996461516