



CARTA DE EVALUACIÓN Y RECOMENDACIÓN

(Para ser llenada por Jefe de Cirugía ó Director del Hospital donde labora)

FECHA: _____

NOMBRE DEL ASPIRANTE:

La selección de nuestros socios candidatos es un compromiso hacia la atención de nuestros pacientes, por lo cual le agradecemos contestar con veracidad el siguiente cuestionario. La información y recomendación que usted nos proporcione será tratada de forma confidencial.

1 ¿Desde hace cuantos años conoce al aspirante?

2 ¿Qué tipo de procedimientos realiza el aspirante?

Cirugía Abierta	SI	NO	
Cirugía Laparoscópica	SI	NO	
Banda Gástrica Ajustable	SI	NO	
Gastroplastía Vertical Anillada	SI	NO	
Gastrectomía en Manga	SI	NO	
Bypass Gastroyeyunal	SI	NO	
Derivación Biliopancreática	SI	NO	
Switch Duodenal	SI	NO	
Cirugía de Revisión en Obesidad	SI	NO	

3 ¿Considera ud. que el aspirante ha realizado más de 25 procedimientos de cirugía de obesidad?

SI	NO	No Se
----	----	-------

4 En caso de ser así, ¿el aspirante ha tenido la necesidad de reintervenir algún paciente en los últimos 25 casos?

SI	NO	No Se
----	----	-------

5 ¿Conoce ud. si el aspirante cuenta con un equipo multidisciplinario para el manejo integral de la obesidad?

SI	NO	No Se
----	----	-------

6 En caso de ser afirmativo señale cuáles especialidades lo conforman:

Nutriólogo	SI	NO	No Se
Psicólogo	SI	NO	No Se
Anestesiólogo	SI	NO	No Se
Médico Internista	SI	NO	No Se
Subespecialidades	SI	NO	No Se
Cirujano Plástico	SI	NO	No Se
Rehabilitador Físico	SI	NO	No Se
Otros, señale cuales:			



7 ¿Considera ud. que las instalaciones (consultorio) con que cuenta el aspirante son adecuadas para la atención de pacientes con obesidad mórbida?

SI	NO	No Se
----	----	-------

8 ¿El hospital cuenta con programa de atención integral al paciente obeso y cirujanos miembros del Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A. C.?

SI	NO	No Se
----	----	-------

9 En caso de ser afirmativo, ¿el aspirante forma parte del equipo de atención integral al paciente obeso?

SI	NO	No Se
----	----	-------

10 De acuerdo a la certificación del Consejo de Salubridad General y los estándares referentes a cirugía de obesidad, señale con cuáles de las siguientes instalaciones cuenta el hospital donde el aspirante y ud. laboran:

Atención de Urgencias 24 horas	SI	NO	No Se
Laboratorio 24 horas	SI	NO	No Se
Banco de Sangre	SI	NO	No Se
Área de Endoscopia	SI	NO	No Se
Radiología con TAC y Ultrasonido	SI	NO	No Se
Equipo de Cirugía Laparoscópica	SI	NO	No Se
Instrumental laparoscópico bariátrico	SI	NO	No Se
Mesa quirúrgica para pacientes obesos	SI	NO	No Se
Báscula para pacientes obesos	SI	NO	No Se
Camillas y sillas para pacientes obesos	SI	NO	No Se
habitaciones con instalaciones para pacientes obesos	SI	NO	No Se

11 Favor de contestar a las siguientes preguntas en relación estricta al manejo de pacientes con obesidad mórbida:

Conocimientos científicos y clínicos	SI	NO	No Se
Destreza en cirugía abierta o convencional	SI	NO	No Se
Destreza en cirugía laparoscópica	SI	NO	No Se
Manejo de complicaciones	SI	NO	No Se
Seguimiento del paciente con ética profesional y personal	SI	NO	No Se

12 Para finalizar, el Hospital cuenta con Certificación Vigente del Consejo de Salubridad General ?

Nombre, Domicilio y Teléfono del Hospital que evalúa:

Nombre y Firma del jefe de cirugía o director del hospital:

