



CARTA DE EVALUACIÓN Y RECOMENDACIÓN PARA ASPIRANTE
A SOCIO TITULAR

(Para ser llenada por Socios Titulares Activos)

FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO 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 ¿Ha estado con usted en entrenamiento o tutoría?

SI	NO	
----	----	--

3 En caso de ser afirmativo durante cuánto tiempo

4 ¿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	

5 En caso de no haber estado con usted en entrenamiento o tutoría, ¿lo ha visto realizar procedimientos de cirugía bariátrica?

SI	NO	
----	----	--

6 En caso de ser afirmativo señale cual de los siguientes:

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	
Endoscópicos (Balón intragástrico)	SI	NO	
Endoscópicos (Otros, especifique...)			

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

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

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

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



9 ¿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
----	----	-------

10 ¿Considera ud. que los hospitales donde lleva a cabo las cirugías de obesidad cuentan con la infraestructura para el manejo de pacientes con obesidad mórbida?

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

11 Señale ¿en qué medio el aspirante lleva a cabo su práctica profesional en cirugía de obesidad?

INSTITUCIONAL	PRIVADO	AMBOS
---------------	---------	-------

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

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

13 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:			

14 Para finalizar la presente evaluación, 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

En base a consideraciones previas, ¿recomienda ud. al aspirante para formar parte del Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A. C.?

SI	NO	
----	----	--

Comentarios adicionales:

Nombre y Firma del Socio Activo que Recomienda:
