



# SOCIEDAD DOMINICANA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

RNC: 4-30-10566-1

Construyendo Puentes

## FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO

Directiva 2025-2027

**Dra. Rosa Maribel Jorge.**  
Presidenta

**Dr. Miguel Ángel Valdez.**  
Vicepresidente

**Dra. Marika Pérez.**  
Secretaria

**Dr. Rafael Garrido.**  
Tesorero

**Dr. Joel Castillo.**  
Vocal

**Dra. María Arias.**  
Vocal

**Dr. Juan Recio.**  
Vocal

**Dra. Miguelina Jáquez.**  
**Dr. Raymundo Hernández**  
Región Norte

**Dra. Ana Carolina Montás.**  
**Dr. Ángel Pérez.**  
Región Sur

**Dra. Yaritza Montilla.**  
**Dr. Johandry Javier.**  
Región Este

**Dra. Fe María Peña.**  
**Dra. Yaici Terrero**  
**Dra. Lissabel Guzmán**  
Gran Santo Domingo.

**Dra. Wendy Morel**  
Comité Científico

**Dra. Fernanda Espeso**  
**Dra. Ada de los Santos**  
Cursos y Jornadas

**Dr. Alfredo Matos**  
Asesor

Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido completo: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Telf. Ofic.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Redes sociales: \_\_\_\_\_

- ✓ Acepto respetar los estatutos de la Sociedad: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ✓ Acepto respetar el Código de Ética de la Sociedad: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ✓ Doy fe que toda la información anterior es verídica: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ✓ Cumpló con los requisitos exigidos para ser miembro: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ✓ Anexo se encuentran toda la documentación requerida: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ✓ La solicitud está acompañada de los siguientes documentos, los cuales confirmo son entregados en las oficinas de la sociedad en un sobre manila, cerrado y con el nombre del postulante por fuera: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 2 Fotos 2x2
- Copia documento de Identidad.
- Copia Exequátur
- Copia del Curriculum Vitae
- Documentos que acreditan ejercicio de la práctica de medicina respiratoria, especializado en neumología, cirugía torácica o ambas, respectivamente.
- Copia título de grado o la documentación equivalente acreditativa de la condición de doctor en medicina expedida por una institución de educación superior, nacional o extranjera de reconocida solvencia.
- Copia título de post grado universitario y la documentación equivalente acreditativa de la condición de especialista en el área de la neumología, cirugía del tórax, o ambas, expedida por una institución de educación superior, hospital o instituto de investigación sanitaria, nacional o extranjera, de reconocida solvencia.
- Presentar la documentación acreditativa de la condición de miembro activo o colegiado del Colegio Médico Dominicano (C.M.D.).
- Presentar un trabajo de investigación en el área de neumología o cirugía torácica, que haya sido presentada en la revista de la Sociedad u otra revista de circulación nacional o internacional.



**Requisitos específicos para neumólogos:**

Acreditación de estudios y adiestramiento en una institución de reconocida solvencia, nacional o internacional, por un periodo mínimo de (2) años de medicina interna y dos (2) años de neumología.

**Requisitos específicos para cirujanos torácicos:**

Ser poseedor de la titulación de cirujano general, acreditar estudios y adiestramiento en una institución de reconocida solvencia, nacional o internacional, por un periodo de tiempo de dos (2) años de cirugía general mínimo, más tres (3) años en la especialidad de cirugía torácica.

Evaluación y autorización del Capítulo de Cirujanos torácicos.

Nota: Los cirujanos torácicos que deseen afiliarse a la SDNCT, su incorporación está condicionada a la previa evaluación y autorización del Capítulo de Cirujanos torácicos.

**Requisitos específicos para pediatras neumólogos:**

Ser poseedor de la titulación de pediatría general, acreditar estudios y adiestramiento en una institución de reconocida solvencia, nacional o internacional, por un periodo mínimo de (2) años en pediatría y dos (2) años en la especialidad de neumología pediátrica.

Evaluación y autorización por la Sociedad de Pediatras Neumólogos.

Los pediatras neumólogos que deseen afiliarse a la SDNCT, su incorporación está condicionada a la previa evaluación y autorización por la Sociedad de Pediatras Neumólogos.

---

**Firma Postulante:**

**SOLO PARA SER LLENADO POR LA SDNCT**

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha Recepción: \_\_\_\_\_

Solicitud: Aprobada \_\_\_\_\_ Rechazada \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Comentarios/Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Firma Comité Postulaciones

---

Firma Presidente SDNCT

---