|  |  |
| --- | --- |
|  | **SOCIEDAD CHILENA DE TECNÓLOGOS MÉDICOS DE ULTRASONIDO**  **SOCHITMU** |

nº de registro: No rellenar

\*\*\* Agradecemos escribir con mayúsculas y rellenar TODAS la casillas de la ficha.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos Personales y de contacto | | | | | | |
| Nombres: |  | | | Apellidos: |  | | |
| RUT: |  | | |  |  | | |
| Fecha de Nacimiento: | | |  | País Nacimiento: | |  | |
| Domicilio: |  | | | | | | |
| Comuna: |  | | | Región: |  | | |
| Correo electrónico: | |  | | Teléfono: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formación Académica | | | | | |
| Tecnólogo Médico con mención en | | |  | | | |
| Universidad: |  | | | Sede: |  | | |
| Fecha de egreso: | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formación en Ecografía | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Marcar con una ¨x¨ según corresponda | | | | | | | | | | |
| ¿Realizó práctica profesional en ecografía? | | | SI |  |  | NO |  |  | | |
| ¿Recibió formación en ecografía luego de titularse? | | | SI |  |  | NO |  |  | | |
|  | | | | | | | | |  | |
| Respecto a su última respuesta, si la respuesta fue ¨si¨ contestar las siguientes preguntas: | | | | | | | | |  | |
| Indicar TM o Médico responsable de su formación | |  | | | | | | | | | |
| Indicar lugar de realización de la formación |  | | | | | | | | | | |
| ¿Cuánto tiempo duró su formación? |  | | | | | | | | | |
| Señale un estimado del número de ecografías realizadas en su formación | | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Exámenes | | | | |
|  | | | | | |
| Marcar con una ¨x¨ seleccionando los exámenes que realiza actualmente: | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | Abdominal |  | Pélvica | | |
|  |  | Mamaria |  | Testicular | | |
|  |  | Tiroides |  | Partes blandas | | |
|  |  | Músculo-Esquelético |  | Vascular | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situación Laboral Actual | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Cuánto tiempo lleva trabajando en ecografía | | |  | | | | | | | | | | |
| ¿Dedicación completa o parcial (indicar horas dedicadas a la semana)? | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Marcar con una ¨x¨ según corresponda | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Actualmente se encuentra trabajando en ecografía? | | | | | | SI | |  |  | NO |  |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |
| Si la respuesta anterior fue ¨no¨ ¿por qué? | |  | | Desvinculación de la empresa por situación COVID-19 | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Sin inicio de agendas aún | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Otro: |  | | | | | | | | | |
| Si la respuesta anterior fue ¨si¨ | | | | | | |  | | | | | | | |
| ¿Dónde trabaja actualmente? |  | | | | | | | | | | | | | |

Y finalmente:

|  |  |
| --- | --- |
| Asociación | |
|  | | |
| Detalle brevemente el por qué está interesado en ser socio: |  | | |
|  | | | |