

Hoja de vida

Detalles de Contacto

Nombre completo:			
Dirección de contacto: <i>Calle, No, colonia, alcaldía, alcaldía o municipio, estado, país y CP</i>			
Número celular:	Otro número de contacto:		
Email de contacto:	Otro email de contacto:		
Lugar de residencia:	Nacionalidad:		

Instituciones y/o centros de trabajo

Institución	Tipo	Cargo (si aplica)

Formación Académica (Por favor registre título profesional, posgrado, especialidad, otro)

Escolaridad	Grado Obtenido	Hospital / Institución Académica	Número de certificado, cédula o matrícula (si aplica)
Elija un elemento.			

Experiencia Profesional (Por favor registre los últimos 4 empleos o puestos)

Puesto	Institución	Año de inicio	Año de término

Experiencia en Investigación Clínica Sí No

Hoja de vida

Tipo del (los) Estudio(s) Clínico(s) en los que ha participado

<input type="checkbox"/> Académico	<input type="checkbox"/> Gobierno	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Propio del Investigador	<input type="checkbox"/> Sin experiencia previa
------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--	---

Fases de los Estudios Clínicos en los que ha participado

<input type="checkbox"/> Fase I	<input type="checkbox"/> Fase II	<input type="checkbox"/> Fase III	<input type="checkbox"/> Fase IV	<input type="checkbox"/> No aplica
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Roles que ha desempeñado en los Estudios Clínicos

<input type="checkbox"/> Investigador Principal	<input type="checkbox"/> Sub Investigador	<input type="checkbox"/> Coordinador	<input type="checkbox"/> Otro _____
---	---	--------------------------------------	-------------------------------------

Experiencia en Estudios Clínicos

Tipo de Estudio	Categoría	Institución	Año	Estatus
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			
Elija un elemento.	Elija un elemento.			

Curso de Buenas Prácticas Clínicas

Institución que imparte	Nombre y versión del curso	Fecha de término	Vigencia

Formación en Investigación (Por favor registre cursos, capacitaciones, diplomados, congresos, eventos, etc.)

Nombre del curso o evento	Institución que lo otorga	Fecha

Fecha (DD/MMM/AAAA): Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Instrucciones de llenado

- Por favor complete todas las secciones con la información requerida.
- Si no tiene experiencia previa en Investigación clínica, responda “No” y complete la sección de **Formación en Investigación** (si aplica).
- Por favor limite su experiencia de **Formación en Investigación** a 10 actividades con mayor relevancia.
- Adjunte copia de su cédula / licencia de médico general y de especialidad en oftalmología (cuando aplique).
- Utilice las siguientes listas de apoyo para el registro de los campos:
(Si no encuentra la opción, registre directamente la información sin abreviaturas)

Listas de apoyo (Ejemplos)

Escolaridad	Grado Obtenido	Categorías
Licenciatura	Médico cirujano	Ojo seco
Especialidad	Oftalmólogo	Catarata
Alta Especialidad	Córnea/ Cirugía Refractiva	Edema Macular
Maestría	Segmento Anterior	Glaucoma
Doctorado	Glaucoma	Inflamación ocular
Otro	Retina y Vítreo	Miopía
	Oftalmopediatría / Estrabismo	Otro
	Oculoplástica	
	Neurooftalmología	
	Uveítis e Inflamación Ocular	
	Oncología Oftálmica	