

TITULO DE ESPECIALISTA

INSTRUCTIVO

- 1) Deberá completar el Formulario de solicitud del Título de Especialista disponible en el sitio web.
- 2) **POR FAVOR** la documentación debe ser presentada **ORDENADA EN FORMA CRONOLOGICA** y **PROLIJA** para facilitar el trabajo de la Comisión de Especialidades.

Debe ser Colegiado de éste Distrito

OTORGAMIENTO DE TITULO DE ESPECIALISTA POR CONVENIO NACION - PROVINCIA

- 1) Los Médicos que presenten su **TITULO DE ESPECIALISTA (ORIGINAL)** otorgado por el **MINISTERIO DE SALUD DE NACION** se efectuará el reconocimiento (**VALIDO** por 5 AÑOS y deberá **RECERTIFICAR**).
- 2) Los Médicos que presenten **RESIDENCIA COMPLETA** en la **PROVINCIA DE BUENOS AIRES** efectuada en **CENTROS ACREDITADOS** deben adjuntar **COPIA DEL CERTIFICADO** correspondiente **AUTENTICADA** por el Delegado, Escribano Público o Juez de Paz y se les otorgará el **TITULO DE ESPECIALISTA (VALIDO** por 5 años y deberá **RECERTIFICAR**).
- 3) En los casos cuya residencia fue finalizada **HACE MÁS DE 5 AÑOS** deberá adjuntar **CERTIFICADO DEL EJERCICIO PROFESIONAL ININTERRUMPIDO, COMO MÍNIMO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, DE LA ESPECIALIDAD A LA QUE SE POSTULA.**
- 4) Aquellos que **HAN FINALIZADO SU RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS** deberán presentar **CERTIFICACION DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD.**
- 5) Quienes **NO REUNAN** los requisitos anteriores para **SOLICITAR ESPECIALIDAD** deben documentar, **COMO MÍNIMO, 5 AÑOS DE EJERCICIO** de la misma en **INSTITUCION**, que deberá ser **ACREDITADA** por el Colegio de Médicos, y reunir **30 PUNTOS** para solicitar su evaluación. Posteriormente, **APROBADA** la presentación, se informará fecha y lugar donde se conformará **MESA** para **RENDIR EL EXAMEN CORRESPONDIENTE.**
- 6) **EN TODOS LOS CASOS** deberá completar el formulario correspondiente para ser **ANALIZADO POR LA COMISION DE ESPECIALIDADES.**

Deberá presentar carpeta ordenada de la siguiente manera:

1°	<ul style="list-style-type: none">• Completar con LETRA CLARA el Formulario de solicitud del Título de Especialista disponible en el sitio web del Colegio de Médicos.
2°	<ul style="list-style-type: none">• Fotocopia del Título de Médico.• Si realizó un Curso Superior en algún Distrito del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires deberá presentar el correspondiente certificado.• Antecedentes médicos <u>ORDENADOS EN FORMA CRONOLÓGICA SIN EXCEPCIÓN</u>.• La documentación deberá ser CERTIFICADA por el Delegado del Partido, Escribano Publico o Juez de Paz.
3°	<ul style="list-style-type: none">• Si la Especialidad es Quirúrgica deberá presentar el LISTADO DE CIRUGIAS realizadas en los ULTIMOS 2 AÑOS CERTIFICADAS POR AUTORIDAD COMPETENTE; Jefe de Servicio o Director del Hospital. Debe constar tipo de cirugía y en calidad de que actuó.
4°	<ul style="list-style-type: none">• Debe tener al DIA LA CUOTA DE COLEGIACION.

REQUISITOS PARA RENDIR PRUEBA EVALUATORIA

- Deberá abonar el derecho de examen para rendir la Evaluación Teórica o Teórico-Práctica, según corresponda.
- Oportunamente se le comunicará la fecha y el lugar.
- Si Usted no puede concurrir a la "Prueba Evaluatoria" en la fecha fijada deberá informarlo por escrito con antelación a los efectos de ser incluido en el turno siguiente.
- De NO realizar dicha trámite NO podrá ser incluido en una nueva fecha de evaluación hasta que transcurra un año.

Dr. Claudio J. Cragolino
Secretario General

Dr. Horacio M. Cardús
Presidente