



## CERTIFICACION EN CIRUGIA TORACICA

### REQUISITOS

**Para obtener el Certificado de especialista en Cirugía Torácica deberá reunir los siguientes requisitos:**

- 1.- Adjuntar un Currículum Vitae, fotocopia certificada del título de Médico, planilla con datos personales y presentación de 4 (cuatro) avales de profesionales Especialistas en Cirugía Torácica.
- 2.- Evaluación de sus antecedentes curriculares, los que deberán demostrar no menos de 5 años de graduado, en una universidad nacional o privada reconocida por el Estado Nacional, el ejercicio efectivo de la práctica quirúrgica por igual período y no menos de 3 años consecutivos e inmediatos anteriores a la fecha de solicitud en el ejercicio de la especialidad.  
Los postulantes recibidos en una universidad extranjera deberán acreditar además de los antecedentes aludidos precedentemente, título revalidado o convalidado por una universidad nacional.
- 3.- En todos los casos, la certificación de antigüedad en el ejercicio de la especialidad requerida, sería el cumplimiento mínimo de 20 horas semanales (sin guardias) y 220 días por año de calendario de actividad certificada, en servicios hospitalarios de instituciones públicas o privadas aprobados y reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación, Departamento de Recursos Humanos, la Asociación Argentina de Cirugía y la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, ACAP, Colegios Médicos y Entidades habilitadas para este fin.
- 4.- La actividad quirúrgica personal mínima, de baja, mediana y alta complejidad, de un profesional en formación de postgrado en Cirugía Torácica para acceder al examen de especialista debe ser de 50 intervenciones quirúrgicas, en los últimos 3 años y de ellas 15 resecciones pulmonares mayores (lobectomía como mínimo), dichas prácticas se volcarán en la planilla adjunta.
- 5.- El postulante deberá rendir un examen escrito sobre los temas que refieren los programas de formación de la especialidad, reconocidos por la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, que será aprobado cuando su valoración sea igual o superior al 70% del sistema de evaluación previsto reglamentariamente.
- 6.- Examen oral, que será rendido sólo por aquellos que hayan aprobado la prueba escrita. Deberán rendir un examen teórico, consistente en el análisis de uno o varios casos clínicos-quirúrgicos. Cada uno de los Miembros de la Junta Evaluadora, clasificará en planillas, adjuntándole al postulante una nota, el examen se aprobará cuando la puntuación sea igual o superior a siete (7) puntos en una escala de uno (1) a diez (10) del sistema de calificación establecido.

La calificación tendrá en cuenta:

- a) Capacidad de recolección de datos adjuntos
- b) Manejo de procedimientos auxiliares de diagnóstico
- c) Habilidad diagnóstica
- d) Criterio terapéutico

7.- Arancel de inscripción: SE INFORMARÁ EN LOS PRÓXIMOS DÍAS

Esta documentación debe entregarse o remitirse a la Secretaria de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica. M. T. de Alvear 2415 – 1122 Ciudad de Buenos Aires





Cargo:.....

Servicio:.....

Hospital:.....

Desde:.....

hasta:.....

**2.- Actividad quirúrgica privada:**

Cargo:.....Servicio:.....

Institución:.....

ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA en la cual realiza su actividad:.....

**MIEMBRO TITULAR DE SOCIEDADES QUIRÚRGICAS:**

Sociedad

Fecha de Admisión

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ACTIVIDAD DOCENTE EN CIRUGÍA**

Cargo  
hasta

Cátedra

Facultad

Universidad

desde

---

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**CERTIFICACIÓN ÉTICO MORAL**

Los siguientes profesionales socios de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, cirujanos de reconocida actuación en nuestro país, pueden ser consultados respecto de mi persona a los fines que la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica juzgue de su interés.

1.....

.....



2.....

.....

3.....

.....

4.....

.....

5.....

.....

6.....

.....

### ACTIVIDAD QUIRURGICA

Desarrollada por el

doctor.....



Desde el 1º de enero de 20..... al 31 de diciembre de 20..... (como cirujano o ayudante)

Nº	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante <sup>(1)</sup>	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						



19.						
20.						

Nº	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante <sup>(1)</sup>	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						



38.						
39.						
40.						

(1) Si actuó como ayudante, mencionar el nombre del cirujano  
\* Marcar con una cruz lo que corresponda

Certificado

por.....

(Firma del Jefe de Servicio o Director del Establecimiento)

**Deberá enviar la nota que se adjunta completa y firmada por los 6 avales que nos sugiere.**



## RESPUESTA

201 .-

Buenos Aires,

de

Doctor

Presente

De nuestra consideración:

Por la presente solicitamos de Ud., tenga a bien informar a la brevedad posible, las condiciones ético, morales y profesionales del **Dr.** , quién ha presentado su solicitud para postularse como especialista en **CIRUGIA TORACICA**

Lo saludan atentamente.

**Dr. Oscar Rojas**  
Presidente

P./D.: Si Ud. elige enviar su respuesta por e-mail, deberá **escanear** el presente formulario y enviarlo al siguiente correo electrónico: Secretaría SACT <[info@sactoracica.com.ar](mailto:info@sactoracica.com.ar)>

---





- 1.- Calificación profesional como cirujano, basada en la experiencia en la práctica de la cirugía:
- 2.- Concepto moral en la comunidad:
- 3.- Concepto ético en su profesión:
- 4.- Recomienda Ud. su ingreso a la Sociedad?
- 5.- Notas:

.....

Firma

.....

Aclaración

**Nota: Esta información es estrictamente confidencial y será destruida.**