



**U.S. COLOMBIAN MEDICAL ASSOCIATION, INC.**

280 Aragon Avenue, Coral Gables, Fl. 33134  
Phone: (305) 446-7099 Fax: (305) 446- 3340  
Horario oficina : 9 : 00 a.m. – 1 : 00 p.m.

e-mail: [uscma@uscma.org](mailto:uscma@uscma.org)

[www.uscma.org](http://www.uscma.org)

## SOLICITUD DE INSCRIPCION

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Número de Licencia en USA: \_\_\_\_\_ Estado/Año: \_\_\_\_\_

Escuela de Medicina: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_

Lugar de Entrenamiento en USA: \_\_\_\_\_

Dirección Oficina: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de E-Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo (a): \_\_\_\_\_

Dirección Casa: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Forma de Pago: cheque, money order a nombre de U.S.C.M.A. Visa/MasterCard (Circle One)

Tarjeta Crédito #: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Médicos y Odontólogos activos: \_\_\_\_\_ \$ 200

Profesionales Retirados: \_\_\_\_\_ 100

Médicos en Entrenamiento: \_\_\_\_\_ 50

Médicos en proceso de Validación: \_\_\_\_\_ 50

Damas Auxiliares: \_\_\_\_\_ 40

Adjuntar:

Copia del Diploma

Licencias