

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento. \_\_\_\_\_

Trabajo particular: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel. Particular. \_\_\_\_\_

Correo electrónico. \_\_\_\_\_

Celular. \_\_\_\_\_

Título profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de recibido: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD PROFESIONAL**

Lugar/es de trabajo actual/es:

Certificado<sup>1</sup>

Cargo que desempeña

SI

NO

1) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Se deben presentar todas las copias de la documentación declarada



Certificado

SI NO

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| 1) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otros cursos nacionales realizados:

Certificado

SI NO

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| 1) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cursos realizados en el extranjero:

**Con evaluación:**

	Certificado	
	SI	NO
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sin evaluación:**

	Certificado	
	SI	NO
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPERIENCIA PROFESIONAL DOCUMENTADA EN EL ÁREA<sup>2</sup>

**ÁREAS**

A) Gestión

Constancia

SI NO

1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Dosis Unitaria

Constancia

SI NO

1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREA CLÍNICA

C) Reconstitución de citostáticos

Constancia

<sup>2</sup> Se deben presentar todas las copias de la documentación.

	SI	NO
1) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D) Monitoreo de medicamentos**

**Constancia**

	SI	NO
1) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E) Información de Medicamentos**

**Constancia**

	SI	NO
1) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F) Radiofarmacia**

**Constancia**

	SI	NO
1) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G) Nutrición parenteral y enteral**

**Constancia**

	SI	NO
1) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2).....
- 3).....

H) Tec. Farmacéutica Hospitalaria y Preparados Magistrales

**Constancia**

SI NO

- 1) .....
- 2).....
- 3).....

\* Se podrán revalidar como máximo hasta 16 créditos en cursos teóricos.

El inscripto dispone de 2 años a partir de la fecha de inscripción para cancelar la deuda total del costo del Diploma.

---

Firma y aclaración de firma del solicitante:

Nota: La SDEFH dispone de 90 días a partir de la solicitud para expedirse.