



Fórmula de Solicitud de Acreditación de Actividades de Educación Médica Continua

Para uso del CRM

Reconocida con CEMC

Fecha de ingreso: _____

No. de registro: _____

Evaluadores: _____

1) _____

2) _____

Fecha aceptación: _____

Fecha de rechazo: _____

Actividad: _____

Primera solicitud

Renovación de solicitud

EPEMC solicitante: _____

Coordinador actividad docente: _____

Fecha y lugar de realización: _____

Informes de la actividad al: _____

(Indicar teléfono/e-mail u otro medio para información del evento)

Desarrollo de la actividad:

1. Tipo de actividad: _____

2. A quién va dirigida: _____

3. Objetivos docentes: _____

4. Metodología docente: _____

5. Tipos de evaluación de discentes y docentes: _____

6. Duración en horas: _____

7. Financiamiento de la actividad: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____