

# **Carrera de Médico Especialista en Hematología**

**2023-2026**

**PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: 1 de agosto hasta 15 de septiembre de 2023.**

**Informes: Lunes a viernes de 13 a 18 hs - Secretaría docente SAH – Julian Alvarez 146, CABA**

TE. 4855-2452/2485.

Mail: [docencia@sah.org.ar](mailto:docencia@sah.org.ar)

## **REQUISITOS MÍNIMOS:**

- Haber ingresado y haber sido aceptados en una Residencia de Hematología, Concurrencia programática o Beca adscripta.
- Tener por lo menos 1 (un) año cumplido de Residencia en Clínica Médica, o 2 (dos) años de Concurrencia Programática en Clínica Médica o 2 (dos) años de Beca adscripta en Clínica Médica y/o Residencia completa de Pediatría.

---

### **Documentación a presentar:**

**Los alumnos del AMBA deben presentarla físicamente en la SAH y por mail a docencia@sah.org.ar . Los alumnos del interior del país solo por mail.**

Completar formulario de inscripción y traerlo impreso: <https://forms.gle/hHzgRpv3eDJCdn9A>

- ✓ 1 (una) Fotocopia del Título de Médico
- ✓ 1 (un) Certificado original y 1 (una) fotocopia, que acredite **el requisito exigido para Clínica, firmado por el Comité de Docencia e Investigación o la Dirección de la Institución.**
- ✓ 1 (un) Certificado original y 1 (una) fotocopia, que acredite **el requisito exigido para Hematología, firmado por el Comité de Docencia e Investigación o la Dirección de la Institución.**

**(Ver más abajo sugerencia para la confección de los mismos)**

- ✓ 1 (una) fotocopia del Seguro de Mala Praxis en vigencia
- ✓ ART (**a cargo del interesado o la institución**)
- ✓ 1 (una) Fotocopia legibles del DNI
- ✓ 1 (una) Fotocopia de la partida de nacimiento.
- ✓ 1 (una) fotocopia de la matrícula profesional
- ✓ 1 (una) fotocopia de homologación del título de Grado (conválida o reválida). **Este requisito es solo para los postulantes extranjeros y es indispensable para la inscripción.**

---

## **Sugerencias para la Confección de Certificados**

- **Los certificados deberán ser expedidos y firmados por autoridad competente del Comité de Docencia e Investigación o por el Director del Hospital o Institución Asistencial.**
- **El nombre y apellido volcado en el certificado debe estar completo, conforme consta en el DNI.**

### **❖ Certificados de Médicos Residentes**

Se deberá aclarar **la fecha de inicio y finalización** de la residencia (día, mes y año), si la misma cuenta con residencia en una especialidad básica previa (por Ej. Clínica Médica, Cirugía General o Pediatría), se deberá indicar de cuando a cuando se realizó la misma (día, mes y año).

### **❖ Certificados de Médicos Concurrentes Programáticos**

Se deberá extender el certificado que acredite **la fecha de inicio y finalización de la concurrencia** (día, mes y año), si la misma cuenta con concurrencia en una especialidad básica previa (por Ej.: Clínica Médica, Cirugía o Pediatría) se deberá indicar de cuando a cuando se realizó la misma (día, mes y año), más **una nota aclaratoria** que indique que "***la concurrencia tiene un programa de actividades preestablecido, cumpliendo horario prolongado y de guardias similar al de la residencia y dispone de un sistema de evaluación periódico***".

### **❖ Certificados de Becarios Adscriptos a la Residencia**

Se deberá extender el certificado que acredite **la fecha de inicio y finalización de la beca** (día, mes y año), si la misma cuenta con una beca en una especialidad básica previa (por Ej.: Clínica Médica, Cirugía o Pediatría), se deberá indicar de cuando a cuando se realizó la misma (día, mes y año), más **una nota aclaratoria** que indique que "***la beca tiene un programa de actividades preestablecido, cumpliendo horario prolongado y de guardias similar al de la residencia y dispone de un sistema de evaluación periódico***".

