SCHAMBACH
HAIR CLINIC

FORMULARIO DE APLICACIÓN AL PRECEPTORSHIP

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Completo:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

País de origen:

País donde ejerce actualmente:

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE CONTACTO

Correo Electrónico:

Teléfono / WhatsApp:

Idioma Preferido:

Inglés ☐ Español ☐ Bilingüe ☐

SCHAMBACH
HAIR CLINIC

FORMULARIO DE APLICACIÓN AL PRECEPTORSHIP

SECCIÓN 3 – FORMACIÓN MÉDICA

Universidad / Facultad de Medicina:

_____

País:

_____

Año de Graduación:

_____

Estudios de Posgrado (si aplica):

☐ Dermatología

☐ Cirugía Plástica

☐ Otro _____

SECCIÓN 4 – PRÁCTICA PROFESIONAL

Cargo o Rol Actual:

_____

Nombre de la Clínica / Consultorio:

_____

Ciudad y País donde ejerce:

_____

Años de práctica clínica:

_____

SCHAMBACH
HAIR CLINIC

FORMULARIO DE APLICACIÓN AL PRECEPTORSHIP

SECCIÓN 5 – EXPERIENCIA EN RESTAURACIÓN CAPILAR

Participación actual en tricología / trasplante capilar:

- ☐ Solo observacional
- ☐ Práctica médica (no quirúrgica)
- ☐ Trasplante capilar quirúrgico
- ☐ Ambas

Nivel aproximado de experiencia:

- ☐ Principiante
- ☐ Básico
- ☐ Intermedio
- ☐ Avanzado

SECCIÓN 6 – INTERÉS EN EL PRECEPTORSHIP

Duración deseada:

- ☐ 1 semana (5 días)
- ☐ 15 días
- ☐ 1 mes

Interés en participación hands-on (opcional):

- ☐ No
- ☐ Sí – participación limitada
- ☐ Sí – caso quirúrgico completo (sujeto a condiciones)

SCHAMBACH
HAIR CLINIC

FORMULARIO DE APLICACIÓN AL PRECEPTORSHIP

SECCIÓN 6 – INTERÉS EN EL PRECEPTORSHIP

¿Asistirá con técnico?

- ☐ No
- ☐ Sí (observership para técnico)

SECCIÓN 7 – MOTIVACIÓN

Describa brevemente su motivación para aplicar a este preceptorship y sus objetivos educativos:

_____

_____

_____

_____

SECCIÓN 8 – DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Adjunte los siguientes documentos:

- ☐ Copia de Licencia Médica vigente
- ☐ Copia de Título de Médico
- ☐ Currículum Vitae (CV)
- ☐ Copia de Pasaporte o Documento de Identificación
- ☐ Constancia de práctica clínica actual (si aplica)

Las aplicaciones incompletas no serán evaluadas.

SCHAMBACH
HAIR CLINIC

FORMULARIO DE APLICACIÓN AL PRECEPTORSHIP

SECCIÓN 9 – DECLARACIÓN

Declaro que la información proporcionada es verídica y completa. Entiendo que la aceptación al programa está sujeta a evaluación y disponibilidad.

Firma del Aplicante:

Fecha: