

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESPECIALIDAD **ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DE LOS MAXILARES**

Fecha:

Presentada por el/la Od.:.....

Matrícula:..... Domicilio:.....

Localidad:..... C.P.: TEL: (.....).....

Art. 3º: Acreditar 6 años de ejercicio en la profesión..... **SI** **NO**

Inc. A): Profesor titular ó adjunto en cátedra de la especialidad que solicita, accedida por concurso. **SI** **NO**

Inc. B): Titulo especialista cursos post-grado en Universidad Argentina. **SI** **NO**

Inc. C): Residencia Profesional o programa de capacitación equivalente, reconocida y autorizada por el Ministerio de Salud provincial o de la Nación, en alguna de las especialidades previstas en este reglamento. **SI** **NO**

Inc. D): Titulo especialista, en alguna de las especialidades previstas en este reglamento, en curso de posgrado acreditado por CONEAU. **SI** **NO**

Art.4º: Acreditar 10 años de ejercicio profesional y 5 años como mínimo de dedicación a la especialidad con:..... **SI** **NO**

Inc. 1): Cursos teóricos con práctica, con evaluación final aprobada, totalizando cantidad horas que se indica para cada especialidad..... **SI** **NO**

Inc. 2): Realizado y aprobado residencia de post-grado de la especialidad, accedida por concurso con tres años duración y acreditación mínimo 200 horas cursos. **SI** **NO**

Documentación que adjunta:

Art.5º: ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DE LOS MAXILARES: Diez (10) casos clínicos en los que se incluyan tratamientos correspondientes a ambas disciplinas, con: **SI** **NO**

diez (10) deberán ser en piezas multiradicales con: **SI** **NO**

1) Historia clínica. **SI** **NO**

2) Diagnóstico y pronóstico..... **SI** **NO**

3) RX: Panorámica, telerradiografía con cefalograma **SI** **NO**

4) Fotos iniciales y finales..... **SI** **NO**

5) Modelos: iniciales y finales, debidamente zocalados..... **SI** **NO**

6) Controles: contención y seguimiento a distancia a dos años..... **SI** **NO**

7) Horas curso: 500 hs. como mínimo. **SI** **NO**

OBSERVACIONES:.....

EVALUACION DISTRITAL ADMINISTRATIVA:..... **SI** **NO**

RECIBIDO POR:.....

CONTROLADO POR:.....

CUMPLIMENTA / NO CUMPLIMENTA los requisitos establecidos en el Reglamento vigente.

.....
Secretario General

Sello Distrito

.....
Presidente