

**TÍTULO PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL**

**Antecedentes personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Comuna |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono de contacto |  |

**Antecedentes académicos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad | SI / NO | Título/ institución/ciudad/ año(puede detallar más de 1 por casilla) | Horas totales certificadas | Evaluación interna(no completar) |
| Doctorado |  |  |  |  |
| Magíster |  |  |  |  |
| Especialidad profesional |  |  |  |  |
| Diplomados en el área de ortodoncia |  |  |  |  |
| Diplomados otras áreas |  |  |  |  |
| Cursos de actualización en ortodoncia |  |  |  |  |
| Cursos de actualización otras áreas |  |  |  |  |
| Jornadas y/o congresos de ortodoncia nacionales |  |  |  |  |
| Jornadas y/o congresos de ortodoncia extranjeros |  |  |  |  |
| Pasantías y/o intercambios en ortodoncia |  |  |  |  |
| Publicación de libro y/o capitulo |  |  |  |  |
| Publicación Scielo, Wos, Scopus |  |  |  |  |
| Publicación sin comité editorial |  |  |  |  |
| Presentación en congreso oral y/o poster |  |  |  |  |

**Antecedentes profesionales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividad | SI / NO | Detalle(puede detallar más de 1 por casilla)  | Evaluación interna(no completar) |
| Tesis realizada en el área de ortodoncia (certificado) |  |  |  |
| Distinciones y premios |  |  |  |
| Nota de egreso cómo Cirujano Dentista |  |  |  |
| Universidad de titulación |  |  |  |
| Años de ejercicio profesional |  |  |  |
| Experiencia docente antes de titularse |  |  |  |
| Experiencia docente después de titularse |  |  |  |
| Lugar de trabajo actual |  |  |  |
| Clínica propia |  |  |  |

**IMPORTANTE**

* Para respaldar los antecedentes académicos adjunte la documentación en el siguiente enlace: <https://forms.gle/K3w9HUwHMwSCfjQy7>
* Para Tesis, sólo adjunte certificado correspondiente.