

**Marca con una X una sólo opción**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Título Profesional de Especialista en Endodoncia | Título Profesional de Especialista en Odontopediatría | Título Profesional de Especialista en Imagenología Oral y 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 |  |  |  |  |
| Diplomados otras áreas |  |  |  |  |
| Cursos de actualización en el área |  |  |  |  |
| Cursos de actualización otras áreas |  |  |  |  |
| Jornadas y/o congresos nacionales |  |  |  |  |
| Jornadas y/o congresos extranjeros |  |  |  |  |
| Pasantías y/o intercambios |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |
| 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 |  |  |  |