



FORO DE INTERCAMBIO INTERDISCIPLINARIO LATINOAMERICANO FIIL

Título: _____ **Nombre:** _____

Apellido paterno: _____ **Apellido materno:** _____

Institución donde labora: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **País:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Móvil:** _____

Email: _____

Especialidad:

Cardiología Cirugía Vascul ar Angiología Radiología Intervencionista
 Neurología Representante de la industria Otra _____

Nivel de Experiencia:

Carótida	<input type="checkbox"/> Principiante	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Experto
Renal	<input type="checkbox"/> Principiante	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Experto
Periférico	<input type="checkbox"/> Principiante	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Experto
Stent aórtico	<input type="checkbox"/> Principiante	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Experto

Título de conferencia propuesta:

Presentación del caso propuesto:

Presentación de la complicación propuesta:

Por favor envíanos al menos una propuesta de cada categoría. Se lo más específico posible.