



ISAKOS

**Sociedad Internacional de Artroscopia,
Cirugía de Rodilla y Traumatología del Deporte**

145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963 • USA
Tel: +1 (925) 314-7920 • Fax: +1 (925) 314-7922
E-mail: isakos@isakos.com • Web: www.isakos.com

Información importante de ISAKOS

- ◆ Trabaja con organizaciones locales y regionales para desarrollar y promover trabajos, que incrementen y difundan conocimientos en Artroscopia, Cirugía de Rodilla y Traumatología del Deporte.
- ◆ Fue fundada en 1995 cuando la International Society of the Knee (ISK) y la International Arthroscopy Association (IAA) se unieron, durante el Congreso Combinado celebrado en Hong Kong.
- ◆ Cuenta con más de 1.300 miembros.
- ◆ Sus miembros provienen de todas partes del mundo: Argentina, Australia, Austria, Alemania, Arabia Saudita, Bahrein, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Dinamarca, Egipto, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Gran Bretaña, Grecia, Holanda, Hong Kong, India, Indonesia, Irán, Israel, Italia, Japón, Kenia, Korea, Letonia, Líbano, Malasia, México, Marruecos, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Polonia, Portugal, Rumanía, Rusia, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Turquía, y Venezuela.
- ◆ El proceso de ingreso a la sociedad puede durar solamente seis semanas.

Cuando Ud. Se una a ISAKOS, recibirá:

- Suscripción automática anual a la revista: *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*
- Descuentos en la inscripción de todos los Congresos ISAKOS
- Programa final complementario de los recientes Congresos ISAKOS
- Oportunidades de participación en programas de capacitación para Socios: Congresos y Centros de Entrenamiento auspiciados y aprobados por ISAKOS, conocidos como "ISAKOS-Approved"
- La revista bianual: *ISAKOS Newsletter*
- Importante red de trabajo y oportunidades con líderes mundiales de la especialidad
- Posibilidad de expresión crítica y desarrollo de nuestras realidades regionales en un contexto internacional

Llegar a ser miembro es fácil si Ud.

pertenece a alguna de las siguientes Sociedades

Si Ud. es miembro de algunas de las siguientes Sociedades Científicas, automáticamente puede obtener la calidad de Socio Asociado de ISAKOS, sin necesidad de presentar cartas de recomendación y apadrinazgo. Para ello complete el formulario de ingreso como miembro de ISAKOS, y en vez de presentar las cartas de recomendación, indique a cuál de las siguientes Sociedades Regionales pertenece. ¡Es fácil y rápido!

- The American Orthopaedic Society for Sports Medicine (AOSSM)
- The Arthroscopy Association of North America (AANA)
- The Asia Pacific Orthopaedic Society for Sports Medicine (APOSSM)
- The Knee and Orthopaedic Sports Medicine Section of the Western Pacific Orthopaedic Association (WPOA)
- The European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery, and Arthroscopy (ESSKA)
- La Sociedad Latino Americana de Cirugía de Rodilla y Traumatología Deportiva (SLARD)

Categorías de Socios

1. **Socio Activo** – Médico, especialista en Ortopedia y Traumatología, Reumatología o equivalente, que esté avalado por sus respectivas Sociedades Nacionales y/o Regionales, determinadas por el Comité de Socios de la Sociedad. Todos los Socios Activos, con excepción de los Socios de AANA, quedan suscritos automáticamente a la revista: *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*. Los Socios Activos tienen derecho a voto en todas las asambleas de ISAKOS y a ser elegidos para participar en el directorio y comités de ISAKOS. Es requisito principal para poder ser Socio Activo, el asistir o haber asistido a un Congreso ISAKOS.
2. **Socio Asociado** – Individuo que haya mostrado interés o habilidad en el campo de la medicina o ciencia, artroscopia, cirugía de rodilla y traumatología del deporte. Todos los Socios Asociados, con excepción de los Socios de AANA, quedan suscritos automáticamente a la revista: *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*. No tienen derecho a voto y tampoco pueden ser elegidos para participar en el directorio o Comités de ISAKOS.

ÚNASE A LOS LÍDERES MUNDIALES EN ORTOPEDIA

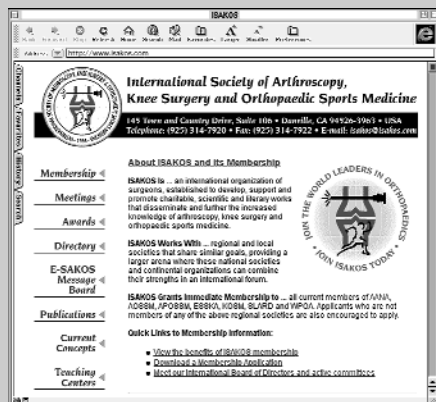


ISAKOS

**Sociedad Internacional de Artroscopia,
Cirugía de Rodilla y Traumatología del Deporte**

145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963 • USA
Tel: +1 (925) 314-7920 • Fax: +1 (925) 314-7922
E-mail: isakos@isakos.com • Web: www.isakos.com

Aprenda más acerca de ISAKOS
visitando nuestra página:



www.isakos.com

¿Como solicitar ser Miembro de ISAKOS?

Sea miembro en sólo seis semanas. Por favor recorte los siguientes formularios rellenándolos con todos sus datos. NO ADJUNTE UN CURRÍCULUM VITAE COMO REFERENCIA.

Socio Asociado: será evaluado en un plazo máximo de seis semanas a partir de la recepción de las solicitud de ingreso debidamente cumplimentada. Para ser socio asociado inmediato, debe presentar:

- Apartados I, II, III, V y VI completos y legibles;
- Formulario del socio avalador (Sección IV A) cumplimentado por un Socio Activo de ISAKOS de su país* (salvo que Ud. sea miembro de algunas de las Sociedades Regionales detalladas anteriormente); y
- Cuota anual de 200 \$US.** (El justificante de pago debe adjuntarse al folleto de inscripción).

Socio Activo: su solicitud será examinada en la reunión del Comité de Miembros de ISAKOS que se realiza durante: todos los congresos anuales de la AAOS (Academia Americana de Cirugía Ortopédica) y los Congresos de ISAKOS. Las próximas reuniones serán en:

- 2002 Congreso Anual AAOS: 13-17 Febrero, 2002
- 2003 Congreso Anual AAOS: 5-9 Febrero, 2003
- 2003 Congreso ISAKOS: 10-14 Marzo, 2003
- 2004 Congreso Anual AAOS: 10-14 Marzo, 2004
- 2005 Congreso Anual AAOS
- 2005 Congreso ISAKOS: 9-13 Abril, 2005

Para ser considerado Socio Activo, a pesar de ser miembro en su Sociedad Regional, se requiere haber asistido al menos a un Congreso ISAKOS y entregar:

- Apartados I, II, III, V y VI completos y legibles;
- Formulario del socio avalador (Sección IV A) cumplimentado por un Socio Activo de ISAKOS de su país* (es importante además presentar un segundo avalador que sea Socio Activo: Sección IV B); y
- Cuota anual de 200 \$US.** (El justificante de pago debe adjuntarse al folleto de inscripción).

Los Folletos de Inscripción a Socios Asociados serán automáticamente enviados al Comité de Miembros para su examen, durante la próxima reunión. Las solicitudes para la aprobación de Socios Activos en Febrero del 2001 se deben recibir antes del 1 de Enero del 2001.

* Será suficiente una carta de presentación y apadrinazgo de la sociedad regional correspondiente.

** Los Socios de AANA pagan solo \$125 US como cuota anual de ISAKOS, ya que recibirán su revista *Arthroscopy* como miembros de AANA.

ENVÍE YA SU FOLLETO DE INSCRIPCIÓN!



Sociedad Internacional de Artroscopia, Cirugía de Rodilla y Traumatología del Deporte

145 Town and Country Drive, Suite 106 • Danville, CA 94526-3963 • USA
Tel: +1 (925) 314-7920 • Fax: +1 (925) 314-7922 • E-mail: isakos@isakos.com

Solicitud de Socio

Por favor complete el formulario de solicitud escribiendo con **letra de imprenta**. El solicitante debe cumplimentarlo en su totalidad y enviarlo a la oficina central de ISAKOS. Para más detalles, por favor lea al final de este folleto.

I. Información Personal Actualizada

A. Nombre:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____

B. Título:

C. Dirección de su Oficina:

Calle _____ Número _____ Departamento _____

Ciudad _____ Estado o Provincia _____ Código Postal _____

País _____

Nº de Teléfono: _____
Código de País _____ Código de Ciudad _____ Número _____

Nº de Fax: _____
Código de País _____ Código de Ciudad _____ Número _____

E-mail: _____

D. Domicilio Particular:

Calle _____ Número _____ Departamento _____

Ciudad _____ Estado o Provincia _____ Código Postal _____

País _____

Nº de Teléfono: _____
Código de País _____ Código de Ciudad _____ Número _____

Nº de Fax: _____
Código de País _____ Código de Ciudad _____ Número _____

E-mail: _____

Nombre de su Esposa/o: _____

E. Fecha de Nacimiento: _____

día/mes/año

F. Sexo: Masculino Femenino

II. Información Educativa Actualizada

- | | <u>Institución</u> | <u>Título(s)</u> | <u>Grados</u> | <u>Fecha(s) de Título(s)</u> |
|---|--------------------|------------------|---------------|------------------------------|
| A. Universidad: Facultad de Medicina: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| B. Internado: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| C. Residencia/ Beca de Especialización: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| D. Beca(s) de Aprendizaje: | _____ | _____ | _____ | _____ |

- | | <u>Título(s)</u> | <u>Fecha(s)</u> | <u>Revista(s)</u> |
|---|------------------|-----------------|-------------------|
| A. Publicaciones: | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| B. Presentación(s): | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |
| C. Beca(s), Premios(s), Otras Contribuciones Científicas: | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ |

A. Sociedades Científicas: _____

B. Asociaciones Profesionales y/o Universitarias: _____

C. Asistencia a Cursos y/o Congresos de Artroscopia, Cirugía de Rodilla o Medicina Deportiva: _____

D. Es Ud. miembro de alguna de las siguientes Sociedades? (*señale a todas a las que pertenece*)

- AANA AOSSM APOSSM ESSKA SLARD WPOA

E. Asistencia a Congreso ISAKOS (*señale a todos a los que asistió*)

- Ninguno 1995 - Hong Kong 1997 - Buenos Aires 1999 - Washington, D.C. 2001 - Montreux

III. Información Actualizada de su Práctica Médica

A. Afiliación Académica(s): _____

B. Hospital(s): _____

C. Tipo de Trabajo: Solo Servicio o Departamento de Ortopedia
 Grupo Multidisciplinario (Múltiples especialidades) Universidad o Facultad de Medicina

D. Porcentaje de Cirugías: _____ Artroscopia _____ Cirugía de Rodilla _____ Traumatología deportiva

E. Número de Casos /año: _____ Artroscopia _____ Cirugía de Rodilla _____ Traumatología deportiva

F. Fecha que comenzó su práctica ortopédica: _____

G. Antecedentes Laborales:

Lugar: _____ Duración: _____

Cuando esté correcta y totalmente cumplimentado el formulario, por favor dóblelo, cierre con cinta adhesiva y envíelo por correo certificado directamente a:

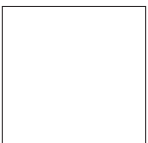
**International Society of Arthroscopy,
Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine (ISAKOS)**

145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963 / USA

O envíela por FAX: +1 (925) 314-7922

Gracias por su colaboración.

ISAKOS
145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963
USA



Remitente:

IV. Formulario del Socio Avalador B

(OPCIONAL PERO RECOMENDABLE PARA SOLICITANTES
QUE NO SEAN MIEMBROS DE UNA SOCIEDAD REGIONAL)

Nombre del Solicitante: _____

Nombre del Avalador: _____

Este apartado debe ser cumplimentado por un Socio Activo de ISAKOS que apadrine al solicitante. Todo solicitante a la calidad de Socio Asociado o Activo debe tener al menos un avalador/padrino y es recomendable contar con dos. El avalador debe ser Cirujano Ortopédico. Por favor, asegúrese que su(s) avalador(es) cumplimente(n) correctamente el formulario. Cualquier documento sin firma será considerado incompleto y no se enviará al Comité de Socios ni al Directorio para su tramitación. En caso de que en su país no existan Socios Activos de ISAKOS, por favor envíe una carta de presentación y apadrinazgo de la Sociedad Regional con competencias paralelas a ISAKOS a la cual pertenezca.

*Nota para el Avalador: Por favor emplee letra mayúscula, firme y ponga la fecha. La información que Ud. suministre será leída únicamente por el Comité de Socios. Todos los comentarios y respuestas adicionales son confidenciales.

1. Es Ud. un Socio Activo de ISAKOS? Sí No
2. Desde cuando conoce al solicitante? 0 - 5 años 5 - 10 años 10 o más años
3. En que condición ha trabajado con el solicitante?
 Socio Becario Programa de Residencia Otro: _____
4. Describa su actual relación profesional con el solicitante: _____

5. Describa su opinión basándose en los conocimientos y habilidades del solicitante:
 Sobresaliente Notable Regular Insuficiente Muy Deficiente
6. Describa la capacidad docente del solicitante:
 Sobresaliente Notable Regular Insuficiente Muy Deficiente
7. Describa la capacidad y dedicación del solicitante en el cuidado del paciente:
 Sobresaliente Notable Regular Insuficiente Muy Deficiente
8. Describa su opinión basándose en el criterio quirúrgico y médico del solicitante:
 Sobresaliente Notable Regular Insuficiente Muy Deficiente
9. Recomienda Ud. al solicitante como Socio Activo de ISAKOS? Sí No

Comentarios: _____

Nombre Completo

Firma

Fecha

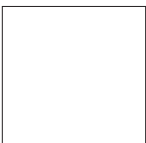
Cuando esté correcta y totalmente cumplimentado el formulario, por favor dóblelo, cierre con cinta adhesiva y envíelo por correo certificado directamente a:

**International Society of Arthroscopy,
Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine (ISAKOS)**
145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963 / USA

O envíela por FAX: +1 (925) 314-7922

Gracias por su colaboración.

ISAKOS
145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963
USA



Remitente:

V. Cláusula de Confidencialidad/Aceptación

“La Sociedad Internacional de Artroscopia, Cirugía de Rodilla y Traumatología del Deporte acuerda tratar el contenido completo de estos formularios, incluyendo aquellos documentos adicionales solicitados o investigados, como material confidencial, no-sujeto a publicación, distribución, promoción ya sea en forma pública o privada. En consideración a este Acuerdo de Confidencialidad, Yo suscribo lo siguiente: Autorizo a ISAKOS a solicitar cualquier información adicional y/o realizar investigación si así lo estimasen necesario para comprobar y/o verificar mis calificaciones, situación laboral, capacidad profesional y consideraciones morales y/o éticas. También suscribo y acepto que no solicitaré ni intentaré requerir, ni revelaré, en forma privada ni pública cualquier información contenida en la ficha de cada candidato a Socio, como tampoco entregaré ni comentaré información resultante de procedimientos o investigaciones efectuadas por el Directorio o Comités de ISAKOS. Sin embargo, todos los procedimientos y consideraciones que involucren el proceso de solicitud de ingreso a la Sociedad, comprometerán y requerirán la participación de numerosos miembros de la Sociedad a petición de ésta. Todas estas actividades relativas al proceso de ingreso no serán consideradas como información confidencial, ya que deberá ser evaluado y discutido por los miembros de los respectivos Comités participantes en este proceso. Teniendo en cuenta el procedimiento de mi ingreso, suscribo y acepto no iniciar o promover procesos, litigio judicial o cualquier acción frente a tribunales de Justicia en contra de la Sociedad o alguno de sus miembros involucrados en el proceso de ingreso, así como contra quienes hayan investigado o requerido información complementaria al respecto.”

Firma

Fecha

VI. Tipo de Socio y Forma de Pago

Por favor, solicito se considere mi postulación para:

- Socio Asociado Inmediato, para ser considerado Socio Activo.
- Solamente Socio Asociado Inmediato.
- Solamente Socio Activo.

Cancelaré la cuota anual de la siguiente manera:

- Cheque barrado de un Banco Americano en Dólares Americanos. (U.S. DOLLARS)
- Tarjeta de Crédito (seleccione tipo de tarjeta y llene la información adicional):

Tipo de Tarjeta: VISA

Número de Tarjeta: _____

MasterCard

Fecha de Expiración: _____

American Express

Firma: _____



ISAKOS
145 Town and Country Drive, Suite 106
Danville, CA 94526-3963 USA