



Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial,  
Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C.

### Formato de Registro:

Modalidad de exposición (indique sólo una opción marcando una "X" en el recuadro correspondiente)		Área de investigación (indique sólo una opción marcando una "X" en el recuadro correspondiente)	
<input type="checkbox"/>	Cartel	<input type="checkbox"/>	Tema Principal del evento
<input type="checkbox"/>	Oral residente	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique):
<input type="checkbox"/>	Oral adscrito/colegiado/jefe de servicio (NO residente)		

Nombre del **AUTOR** (el autor es el responsable de la presentación/exposición/defensa del trabajo; NO es el Jefe de Servicio/Adscrito/Titular del caso)

Grado: (en caso de ser residente escribir año de residencia)		1.
Nombre de <b>COAUTOR</b> (máximo dos coautores, mismos que deberán estar inscritos al congreso)		
Grado:		1.
Grado:		2.

<b>Título del trabajo</b> (el nombre que escriba será textualmente registrado en el programa)

<b>Tipo de estudio</b> (indique sólo <u>una</u> opción marcando una "X" en el recuadro correspondiente)	
<input type="checkbox"/>	Presentación caso clínico y revisión de la literatura
<input type="checkbox"/>	Revisión de la literatura
<input type="checkbox"/>	Estudio de investigación
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique):

<b>Información de contacto. ES IMPORTANTE QUE REGISTRE LOS DOS CONTACTOS.</b>	
Institución (UNAM, SSA, ISSSTE, IMSS, etc.)	
Sede hospitalaria (Nombre del hospital)	
Ciudad	
Estado	

Nombre de contacto (es obligatorio llenar las <b>dos opciones</b> de contacto)			
1	Nombre		
	Teléfono		Celular
	Correo principal		
	Correo alterno		
2	Nombre		
	Teléfono		Celular
	Correo principal		
	Correo alterno		

