

**Miembros Internacionales** – Individuos que residen fuera de Los territorios América del Norte o de Estados Unidos y que cumplirá pesar de esto llenos los requisitos para ser miembros activos o asociados o poseen un título equivalente de su país.

1 año                      2 años                      3 años  
\*Solo en línea     \$350 USD    \$675 USD    \$975 USD  
Papel y en línea    \$490 USD    \$955 USD    \$1,395 USD

**Miembros Activos** – Individuos que practican radiología, oncología de radiación o medicina nuclear en América del Norte incluyendo los territorios de los Estados Unidos y que son graduados de una escuela de medicina y han completado una residencia en radiología son elegibles para ser miembros activos.

1 año                      2 años                      3 años  
\*Solo en línea     \$350 USD    \$675 USD    \$975 USD  
Papel y en línea    \$395 USD    \$765 USD    \$1,110 USD

**Miembros Asociados** – Individuos que practican radiología y/o ciencias afines y profesionales de la salud en norte América incluyendo territorios de Estados Unidos quienes son elegibles para convertirse en Miembros asociados.

Por favor, indique el tipo de miembro asociado a continuación:

Profesión:

- Enfermera
- Administrador de Radiología
- Técnico de Radiología
- Médico (no Radiólogo)

\_\_\_\_\_  
(especifique el tipo de médico no Radiólogo)

1 año                      2 años                      3 años  
\*Solo en línea     \$350 USD    \$675 USD    \$975 USD  
Papel y en línea    \$395 USD    \$765 USD    \$1,110 USD

## Precios Especiales para residentes, fellows, y estudiantes de medicina

\*\*Miembros en formación **sólo** podrán seleccionar “en papel y en línea” si han pasado mas de 6 meses después de la fecha de aplicación.

**Miembros en formación Internacionales** – Los residentes o fellows en radiología, oncología de radiación o medicina nuclear o un estudiante en una escuela de medicina o ciencias relacionadas con la radiología o programa de ciencias aliadas afuera de América del Norte o Estados Unidos y los territorios son elegibles para membresía como miembros internacionales en formación. El estado de entrenamiento debe ser verificado por el director del programa.

\*Solo en línea                       \$ 0 USD  
\*\*Papel y en línea                 \$175 USD

**Miembros en formación** – Los residentes o fellows en radiología, oncología de radiación o medicina nuclear o estudiantex en una escuela de medicina o ciencias relacionadas con la radiología o programa de ciencias aliadas en América del Norte o Estados Unidos y los territorios son elegibles para la membresía como miembros en formación. El estado de entrenamiento debe ser verificado por el director del programa.

\*Solo en línea                       \$ 0 USD  
\*\*Papel y en línea                 \$95 USD

\*Miembros selección **Sólo en línea no recibirán** la revista impresa, *AJR*. Online sólo los miembros **tendrán acceso** a la publicación en [www.ajronline.org](http://www.ajronline.org)

Categorías de membresía indicados en esta solicitud serán elegibles para participar en todas las actividades, incluyendo ARRS ocupar un cargo electivo y tener privilegios de voto.

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Nombre (por favor en letra de molde): \_\_\_\_\_

Primer nombre

Inicial Del Segundo Nombre

Apellido

Título profesional (s)

Dirección De Residencia particular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección calle o Apartado De Correos

---

Ciudad Estado/Provincia Código Postal País

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico particular: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_  
Organización Dirección calle o Apartado De Correos

---

Ciudad Estado/Provincia Código Postal País

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico de trabajo: \_\_\_\_\_

**Tipo de Práctica:**  Hospital  Universidad  Gobierno  Privado  Militar  Otro (Especificar): \_\_\_\_\_

**Área Primaria de Práctica (Subespecialidad):** \_\_\_\_\_

Por favor, indicar dónde prefiere recibir correspondencia **papel**:  Casa  Trabajo

Por favor, indicar dónde prefiere recibir correo **electrónico**:  Casa  Trabajo

**Educación** (Nombre de la escuela de medicina, años que asistió, y el grado (s) recibidos):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Postgrado** (Internado, Residencia, Fellowships, etc): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Miembros en formación deben completar esta sección:**

Certifico que soy  residente  fellow  estudiante de medicina

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Especialidad Nombre de la institución

Programa Fecha que comenzó/comienza: \_\_\_\_\_ Fecha en que termina el programa: \_\_\_\_\_  
(Mes / Día / Año) (Mes / Día / Año)

**Verificación: (Director del Programa o del Departamento)**

**Certifico que este solicitante es residente, fellow o estudiante de medicina en la institución antes mencionada.**

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

En ocasiones, ARRS alquila sus listas de correos electrónica a empresas que ofrecen productos y servicios relacionados con radiología. Si prefiere excluir su nombre de estas listas de correo, por favor marque aquí:

Por favor, marque aquí si desea que ARRS le envíe un enlace para oportunidades de servir como voluntarios en nuestra Sociedad.

