

NOMBRE  
APELLIDOS

Edad  
Dirección

Tel.  
Email

DNI PASAPORTE



**SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DEL DOLOR  
GRUPO DE  
RADIOFRECUENCIA**



## ACREDITACIÓN

**BÁSICA**

**AVANZADA**

## ESTUDIOS

### PREGRADO

**Año** Título  
**Ciudad - País** Universidad o institución

### ESPECIALIDAD

**Año** Título  
**Ciudad - País** Universidad o institución

### POSTGRADO

**Año** Título  
**Ciudad - País** Universidad o institución

***CURSOS DE RADIOFRECUENCIA O INTERVENCIONISMO:***

## EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL/UNIDAD DONDE TRABAJA.....

TRABAJA EN DOLOR SI NO

HORAS DEDICADAS AL DOLOR A LA SEMANA.....

LUGAR DE TRABAJO.....

DEDICACIÓN EXCLUSIVA AL DOLOR SI NO

HORAS DE CONSULTA EN DOLOR A LA SEMANA.....

HORAS DE TÉCNICAS EN DOLOR A LA SEMANA.....

NÚMERO DE TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS A LA SEMANA.....

AÑOS QUE LLEVA TRABAJANDO EN TRATAMIENTO DEL DOLOR.....

FECHA Y FIRMA