

ANEXO X (Resolución N° 006/2013-CD)

ANEXO II: FORMULARIO PARA PRESENTACIÓN DE CURSOS DE POSGRADO.

(COMPLETAR EN LETRA ARIAL, TAMAÑO 11)

TÍTULO DEL CURSO:

REHABILITACIÓN ORAL CON IMPLANTES

CUERPO DOCENTE

DIRECTOR Y DICTANTE:

DR. PROF. ALBERTO MARTÍN

CO-DIRECTOR Y DICTANTE: (esta figura puede o no estar presente)

DRA. ANA M. BOETSCH – DRA. EVELYN DOLONGUEVICH

COORDINADOR (puede ser dictante o jefe de clínica, aclarar cuál es su condición)

DRA. ANA M. BOETSCH (Co-dictante)

DICTANTES INVITADOS:

BIOQ. GONZALO GIMENEZ

JEFES DE CLÍNICA

DR. EDGARDO BOERO, DR. WALTER CELI, DR. RENATO LOTTERO, DR. NELSON GOMEZ, DR. DANIEL ABRAHAM, DR. FRANCO SUAREZ


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA DE POSGRADO
Casilla de Correo 378 – 5500 – MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142


Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO

ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

CARACTERÍSTICAS DEL CURSO

ACTUALIZACIÓN

SI

PERFECCIONAMIENTO

SI

CAPACITACIÓN

SI

METODOLOGÍA DE ACTIVIDADES DEL CURSO:

TEÓRICO

TEÓRICO - PRÁCTICO

SI

WORKSHOP

SEMINARIO

TALLER

MODALIDAD

PRESENCIAL

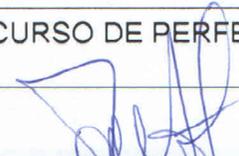
SI

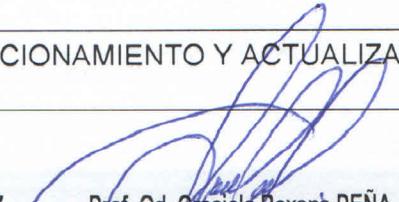
SEMPRESENCIAL

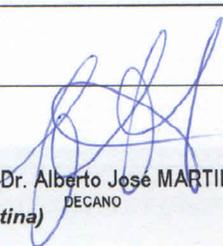
A DISTANCIA

FUNDAMENTACIÓN:

CURSO DE PERFECCIONAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142


Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO

ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

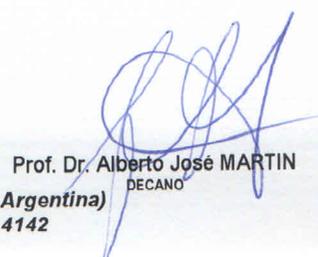
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

SE TOMARAN 3 EVALUACIONES, UNA MONOGRAFÍA FINAL Y LA PRESENTACIÓN EN POWER POINT DE UNA CLASE CON EL TEMA ASIGNADO. SE DEBERÁN PRESENTAR A CASOS CLÍNICOS TERMINADOS Y REHABILITADOS, CON SUS HISTORIAS CLÍNICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

FECHA DE INICIO	MARZO DE 2013	FECHA DE FINALIZACIÓN	DICIEMBRE DE 2014
Nº DE SESIONES:	20		
CARGA HORARIA:	320 hs		
HORAS PRESENCIALES	320	HORAS NO PRESENCIALES (EN CASO DE SER SEMIPRESENCIAL)	<input type="text"/>
CUPO MÁXIMO ALUMNOS	24	CUPO MÍNIMO ALUMNOS	10


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARÍA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142


Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO

ANEXO X (Resolución N° 006/2013-CD)

OBJETIVO GENERAL:

Este curso tiene como objetivos,

- Entrenar profesionales, en el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico de la rehabilitación oral,
- Entrenar profesionales en el “trabajo interdisciplinario” incluyendo en esto, disciplinas como la periodoncia, la ortodoncia, la prostodoncia y la implantología oral,

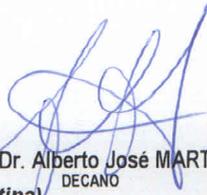
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entrenar profesionales en la colocación de implantes dentales,
- Entrenar profesionales en la rehabilitación oral integral del paciente desde la posición de relación céntrica, Dicho entrenamiento se llevará a cabo sobre pacientes que deberá proveerse el alumno.

CONTENIDOS: Programa analítico completo, si considera que necesita mayor espacio se podrá colocar como anexo a este formulario (no superando la cantidad de 2 (dos) hojas de anexo


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142


Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO



ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

ARANCEL DEL CURSO:

INSCRIPCIÓN (CORRESPONDE AL 25% DEL VALOR DE LA MATRICULA)

\$185

MENSUAL	\$750 el 1° año y	IMPORTE		CANTIDAD DE CUOTAS	40
	\$850 el 2° año				

EXTRANJEROS

TOTAL IMPORTE

ARANCEL QUE DEBERÁN ABONAR LOS PACIENTES: (CUANDO EL CURSO INCLUYA ATENCIÓN DE LOS MISMOS)

COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO

CANTIDAD DE CUOTAS COSTO DE LA CUOTA

SI EXISTIERA ALGUNA SITUACIÓN ESPECIAL DE ARANCEL DE LOS PACIENTES ESPECIFICAR:

LOS ARANCELES DE LOS PACIENTES ESTÁN CARGADOS POR SISTEMA Y VARIAN SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO A REALIZAR EN CADA PACIENTE.

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142

Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO

ANEXO X (Resolución N° 006/2013-CD)

REQUISITOS QUE DEBERÁN CUMPLIR DE LOS ALUMNOS PARA SU INGRESO Y PERMANENCIA EN EL CURSO:

- El profesional inscripto deberá poseer título de odontólogo con su correspondiente matrícula de habilitación,
- Es requisito fundamental, presentar una fotocopia de seguro de mala praxis.
- El profesional deberá presentar dos pacientes el transcurso del 1° nivel de los cuales será responsable.
- Todos los materiales e instrumental necesarios para el tratamiento, deberá traerlos el cursante,
- El cursante deberá presentar recibo de pago del mes en curso.
- Para otorgar el certificado que acredita la realización del curso, el cursante deberá tener una asistencia mínima del 80%, y haber cumplimentado con las condiciones académicas antes mencionadas.
- Se realizaran evaluaciones parciales y exámenes finales en cada año, los que deberán ser aprobados.
- Al finalizar el curso, los cursantes deberán presentar un trabajo monográfico de un tema a seleccionar o un trabajo de investigación.

RECURSOS:

PROYECTOR MULTIMEDIA si

RETROPROYECTOR

PIZARRÓN si

OTRO (ESPECIFICAR)


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Castilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142


Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO

ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

ESPACIOS REQUERIDOS:

AULAS PARA TEORÍA

si

CLÍNICAS

Si, y quirófanos

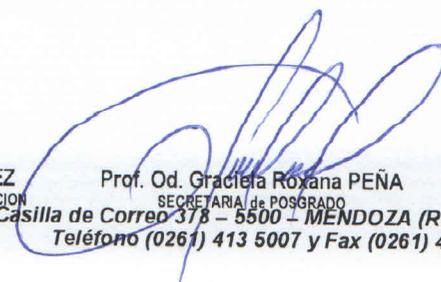
MESAS PARA PRECLÍNICA

LOS CURSOS DE POSGRADO SON A TÉRMINO Y NO PODRÁ SOLICITARSE SU RENOVACIÓN HASTA NO FINALIZAR LA COHORTE EN DESARROLLO.

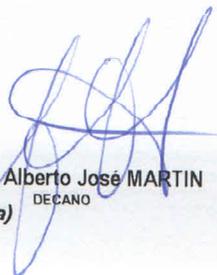
FIRMA DEL DIRECTOR O COORDINADOR DEL CURSO



Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION



Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142



Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO



ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

APELLIDO Y NOMBRES: BOETSCH ANA MARÍA

DOMICILIO: DEL JARILLAL 1990

LOCALIDAD: CHACRAS DE CORIA - LUJÁN DE CUYO CÓDIGO POSTAL: 5505

TELÉFONO FIJO: 4961640

CELULAR: 155583244

DNI: 22078797

FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/1971

CUIL y/o CUIT: 23-22078797-4

MATRÍCULA PROFESIONAL: 1904

CORREO ELECTRÓNICO: anaboetsch@hotmail.com

FECHA: 9/10/2012

FIRMA

JEFE DE CLÍNICA (COMPLETAR POR CADA UNO DE LOS DICTANTES PARTICIPANTES EN EL CURSO)

APELLIDO Y NOMBRES: DANIEL JOSE ABRAHAN.

DOMICILIO: MARTINEZ DE ROZAS 880

LOCALIDAD: CIUDAD.

CÓDIGO POSTAL: 5500

TELÉFONO FIJO: 4255575 Y 4255789

CELULAR: 2615442834

DNI: 12783451

FECHA DE NACIMIENTO: 22-07-1957

CUIL y/o CUIT: 20-12783451-3

MATRÍCULA PROFESIONAL:

CORREO ELECTRÓNICO: odontosmza@yahoo.com.ar

FECHA:

FIRMA

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO

Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DÉCANO



ANEXO X (Resolución N° 006/2013-CD)

APELLIDO Y NOMBRES: CELI Arnaldo Walter

DOMICILIO: Simón Bolívar 2908 VH

LOCALIDAD: Godoy Cruz Mendoza CÓDIGO POSTAL: 5547

TELÉFONO FIJO: 2614281290 CELULAR: 2616091774

DNI: 14759419

FECHA DE NACIMIENTO: 22 /05/ 1962

CUIL y/o CUIT: 20-14759419-5

MATRÍCULA PROFESIONAL: 965

CORREO ELECTRÓNICO: walter.celi@yahoo.com.ar

FECHA: 10/10/2012

FIRMA -----

JEFE DE CLÍNICA (COMPLETAR POR CADA UNO DE LOS DICTANTES PARTICIPANTES EN EL CURSO)

APELLIDO Y NOMBRES: Boero Lopez, Edgardo Oscar

DOMICILIO: Cobos 1353 - Dto 5

LOCALIDAD: Dorrego - Gillen CÓDIGO POSTAL: 5519

TELÉFONO FIJO: 02614321611 CELULAR: 02616128820

DNI: 21526800

FECHA DE NACIMIENTO: 06/04/70

CUIL y/o CUIT: 20-21526800-5

MATRÍCULA PROFESIONAL: 1744

CORREO ELECTRÓNICO: eboero@fodonto.uncu.edu.ar / cesbucal@yahoo.com.ar

FECHA: 10/10/2012

FIRMA -----

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142

Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO



ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

APELLIDO Y NOMBRES: Nelson Gomez
 DOMICILIO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 TELÉFONO FIJO: CELULAR:
 DNI:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 CUIL y/o CUIT:
 MATRÍCULA PROFESIONAL:
 CORREO ELECTRÓNICO:
 FECHA: FIRMA -----

DICTANTE INVITADO (COMPLETAR POR CADA UNO DE LOS DICTANTES PARTICIPANTES EN EL CURSO)

APELLIDO Y NOMBRES: Franco Suarez
 DOMICILIO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 TELÉFONO FIJO: CELULAR:
 DNI:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 CUIL y/o CUIT:
 MATRÍCULA PROFESIONAL:
 CORREO ELECTRÓNICO:
 FECHA: FIRMA -----

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA
SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142

Prof. Dr. Alberto José MARTIN
DECANO

ANEXO X (Resolución Nº 006/2013-CD)

APELLIDO Y NOMBRES: Julio Gatica

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CUIL y/o CUIT:

MATRÍCULA PROFESIONAL:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA

JEFE DE CLÍNICA (COMPLETAR POR CADA UNO DE LOS DICTANTES PARTICIPANTES EN EL CURSO)

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CUIL y/o CUIT:

MATRÍCULA PROFESIONAL:

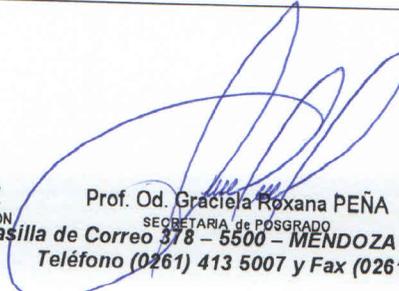
CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA

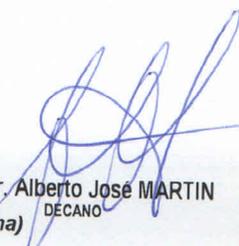


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION



Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA

SECRETARIA de POSGRADO
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142



Prof. Dr. Alberto José MARTIN

DECANO