

NOMBRE: DR. DANIEL DAVID CHÁVEZ ARIAS

Cargo: Director de Área
Servicio: Director Médico

Formación Académica

Escuela y Título Obtenido:
1976-1983 Médico Cirujano .Universidad Anáhuac Cd. de México

Especialización:

1986-1989 Medicina de Rehabilitación. Hospital Infantil de México “Federico Gómez” S.S

Actividades Docentes:

Profesor Titular del Curso de Posgrado para Médicos Especialista en Rehabilitación Ortopédica .Universidad Nacional Autónoma de México.

Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina de Rehabilitación .Universidad Autónoma de México

Profesor Asociado del Curso de Posgrado para Médicos Especialistas en Rehabilitación Geriátrica. Universidad Autónoma de México.

Profesor Asociado de la Especialidad en Medicina de Rehabilitación .Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Investigador en Ciencias Médicas “A” Secretaría de Salud

Director de Certificación del Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación S.C

Director Médico de Grupo Médico de Rehabilitación S.C

Certificación:

Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación desde 1989

Primera recertificación; 1993 a 1997

Segunda recertificación: 1997 a 2001

Tercera recertificación: 2001 a 2006

Sociedades a las que pertenece:

Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación S.C

Sociedad Mexicana de Mano y Microcirugía S.C.

Grupo Médico de Rehabilitación S.C. Director Médico

Sociedad Mexicana de Medicina de Rehabilitación S.C Socio Activo

Sociedad Médica del Hospital Ángeles del Pedregal S.C. Socio Activo

Historia Laboral

Instituto Nacional de Ortopedia.-Secretaría de Salud 1989-1999 como Jefe de División de Rehabilitación Ortopédica

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra .Secretaría de Salud. 2000 a la fecha, a partir 16 de mayo 2016 Director de Área

Grupo Médico de Rehabilitación S.C. Sociedad Médica Privada 1993 a la fecha Director Médico

Hospital Ángeles del Pedregal. Institución Privada 1989 a la fecha Consulta privada

Pertenencia a Sistemas de Investigadores **SII:** Si No
Nivel: A B C D E F

SNI: Si No
CANDIDATO 1 2 3

Contacto

Extensión Telefónica:59991000

Correo Electrónico:ddcha17@hotmail.com