



## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA.

### EXAMEN COMPLETO

Llenar formato de:  
Firmar carta de:

Solicitud de Certificación (Adjunta)  
Declaración de Principios (Adjunta)

### Presentar:

- **Copia** de Título de Médico Cirujano
  - **Copia** de Título de Neurocirugía
  - **Copia** su Curriculum-Vitae con documentos comprobatorios de los últimos 5 años, relacionados a su actividad en la neurocirugía **(NO ENGARGOLAR)**
  - En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, **copia de revalidación de estudios de medicina y de neurocirugía.**
  - **Copia** de Cédula de Profesional de Médico Cirujano
  - **Copia** de Cédula de Especialista (en caso de tenerla)
  - **Copia** del CURP
  - **Copia** del RFC
  - Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
  - 2 fotografías resientes de frente de 5 X 5 cm.
  - 2 fotografías resientes de frente blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas
- \*(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)

**La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, después de esa fecha, no se aceptará ningún registro.**

### MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "PRIMERA PARTE"

- NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA (ESCRITO)
- NEUROLOGÍA (ESCRITO)

### MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

- NEUROCIROLOGÍA ORAL - ESCRITO
- NEUROLOGÍA ESCRITO
- NEUROIMAGEN ESCRITO

**(Examen ORAL, con tiempo de duración de 60)**

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos:  
5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626 o al correo: [consejomxcirurgianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)



**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_  
R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
CEDULA DE MEDICO CIRUJANO \_\_\_\_\_ CEDULA DE ESPECIALISTA \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GENERO \_\_\_\_\_  
ENTIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**

CALLE \_\_\_\_\_  
NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_  
DELEGACIÓN/MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen le será enviada a la dirección que nos proporcione.**

**DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:**

CALLE \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO.INT. \_\_\_\_\_  
COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN/MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TELÉFONO (S \_\_\_\_\_)  
PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS PROFESIONALES:**

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA \_\_\_\_\_  
FECHA DE GRADUACION \_\_\_\_\_ TITULO DE \_\_\_\_\_  
CEDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES \_\_\_\_\_  
ADISTRAMIENTO DE POSTGRADO \_\_\_\_\_

**COMO DESEA QUE APAREZCA SU NOMBRE EN EL CERTIFICADO EN CASO DE CONCEDERSE ESTE: (FAVOR DE UTILIZAR MAYÚSCULAS, MINÚSCULAS Y ACENTOS)**

\_\_\_\_\_

**El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C., de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.**

\_\_\_\_\_

**Firma de solicitante**



**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.**  
**DATOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE NEUROCIRUGÍA**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

R.F.C: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

CEDULA DE MÉDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_

CEDULA DE ESPECIALISTA DE NEUROCIRUJANO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD:

\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA:

\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

HOSPITAL PRIVADO DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020

Señor Doctor

José Manuel Muñoz Tagle

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA A.C.

Presente

Estimado Doctor Muñoz:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., se me conceda el presentar **EXAMEN COMPLETO** de Certificación de ese Consejo, en vista de que cumplo con los requisitos para sustentarlo.

En caso de aprobar este examen, al recibir el certificado estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. aceptaré la negativa del certificado por fracaso en el examen y me comprometo a devolver dicho certificado en caso de que las reglas que cubren dichos certificados sean violadas por mi o por cualquier razón de las señaladas en los estatutos. Estoy de acuerdo en liberar al Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en conexión con esta solicitud, con el examen, con el grado o grados obtenidos en el mismo.

---

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA