



## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACION DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA

### PRIMERA PARTE

Llenar formato de:	Solicitud de Examen Seccional	(Adjunta)
Firmar Carta de	Declaración de Principios	(Adjunta)

#### Presentar:

- **Copia** de Título de Médico Cirujano
- **Copia** de Cédula de Médico Cirujano
- **Copia** de revalidación de estudios de medicina en el caso de ser extranjero
- **Bitácora**
- Carta del jefe del Servicio o Profesor Titular del curso indicando en que año de la residencia se encuentra. (Al final del 3<sup>er</sup> año)
- 2 fotografías de Frente de 5 X 5 cm.\*(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)
- 

**NOTA:** Favor de mandar la documentación en un folder color **AMARILLO** con nombre, en orden como se indica lo anterior y las fotos en un sobre pequeño color blanco con el nombre al reverso.

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

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

---

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.

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina 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 EXAMEN SECCIONAL**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

CIUDAD Y ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

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

**ESTUDIOS PROFESIONALES:**

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA: \_\_\_\_\_

FECHA DE GRADUACIÓN: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE: \_\_\_\_\_

CEDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES: \_\_\_\_\_

INSTITUCIONES EN LAS QUE HAYA REALIZADO FRACCIÓN DE SU ADIESTRAMIENTO DE POSTGRADO

(Internado rotatorio, cirugía general u otros) \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EN LA QUE REALIZA SU ADIESTRAMIENTO EN LA ACTUALIDAD

\_\_\_\_\_

AÑO DE RESIDENCIA QUE CURSA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO O PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

\_\_\_\_\_

**El que suscribe solicita atentamente el examen seccional del CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA (neuroanatomía neuropatología), de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**CONSIDERO QUE EL SOLICITANTE REUNE LOS REQUISITOS SEÑALADOS POR EL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C., PARA PRESENTAR EL EXAMEN SECCIONAL CONSIGNADO EN LOS ESTATUTOS DE ESTE.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Servicio  
Profesor encargado del curso

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

Señor Doctor

**José Manuel Muñoz Tagle**

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

**P r e s e n t e**

Estimado Doctor Muñoz:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., se me conceda presentar la **PRIMERA PARTE** del examen de Certificación de ese Consejo, dado que soy **RESIDENTE** del \_\_\_\_\_ de la especialidad. 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 y Firma**



# CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C.

## BITACORA

Nombre de residente: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

CIRUGIAS									CIRUGIAS TOTALES
	R		R		R		R		
	Cirujano	Ayudante	Cirujano	Ayudante	Cirujano	Ayudante	Cirujano	Ayudante	
SDVP									
Ventriculostomías									
Craniectomías									
Hematomas subdurales y epidurales									
Aneurismas									
MAV'S									
Tumores intracraneales									
Tumores espinales									
Cirugía Funcional (dolor y epilepsia)									
Columna									
Abscesos y empiernas									
Otros (traqueotomía)									
TOTAL									

DESTREZA				
	R	R	R	R
Venodisecciones				
Catéteres Centrales				
Punciones Lumbares				

HISTORIAS CLINICAS				
	R	R	R	R

ASISTENCIA A SESIONES				
Clinicopatológica				
Corte de cerebro				
Interinstitucional				
Biográfica y morbimortalidad Programación quirúrgica				

CONSULTA EXTERNA				
Neurológica				
Neuroquirúrgica				

## CURSOS POR AÑO Y CALIFICACIONES

R	
R	
R	
R	

## TRABAJS PUBLICADO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Residente

---

Firma del Jefe de Servicio o  
Profesor Titular del Curso