



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.
- 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 Y VISUAL)
- NEUROLOGIA. (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 las oficinas del Consejo a los teléfonos: 5515190534-5515190554 ó al E-mail 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: _____
TITULO 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 DEL MISMO.

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.

Presente

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 NEUROLOGICA 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	
Venodisecciones				
Catéteres Centrales				
Punciones Lumbares				

HISTORIAS CLINICAS				
	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	

TRABAJOS PUBLICADO

Firma del Residente

**Firma del Jefe de Servicio o
Profesor Titular del Curso**