



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)
NEUROPATOLOGÍA (ESCRITO)

MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

NEUROCIRUGÍA ORAL - ESCRITO
NEUROLOGÍA ORAL - ESCRITO
NEUROIMAGEN ORAL

(Examen ORAL, con tiempo de duración de 30 minutos cada una)

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos: 5515190534 - 5515190554 o al E-mail 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 _____
ADIESTRAMIENTO 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