



REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRURGIAS NEUROLÓGICAS A.C.

SEGUNDA PARTE

Llenar formato de:
Firmar carta de:

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

Presentar:

1. Bitácora
2. Copia del CURP
3. Copia del RFC
4. Copia de Curriculum-Vitae. (con documentos comprobatorios y en archivo electrónico anexo de los últimos 5 años)
5. Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
6. Carta del Profesor Titular del Curso o jefe del Servicio, informando que termina su residencia en febrero.
7. Carta del Profesor Titular del Curso o jefe del Servicio, en la cual asigna la calificación (aprobado o no aprobado) en el examen práctico.
8. 2 fotografías recientes de frente, blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas *(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)
9. Si ya termino la residencia deberá ser con un lapso máximo de un año.
 - a. Copia del Título de Neurocirugía
 - b. Copia de Cédula de Especialista

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

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 PARA PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

- | | |
|----------------|----------------|
| • NEUROCIRUGÍA | ORAL - ESCRITO |
| • NEUROLOGÍA | ESCRITO |
| • NEUROIMÁGEN | ESCRITO |

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

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos:
5515190534 * 5515190554 * 5522588626 al correo: 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: _____ C.P. _____

DELEGACIÓN/MUNICIPIO: _____ ESTADO _____

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: _____

FORMA 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

Nombre y Firma del 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: _____

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 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 el presentar la **SEGUNDA PARTE** del examen de Certificación de ese Consejo, en vista de que cumpla 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 mí 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 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	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	

TRABAJOS PUBLICADOS

Firma del Residente

Firma del Jefe de Servicio o
Profesor Titular del Curso