

R  
E  
Q  
U  
I  
S  
I  
T  
O  
S



CONSEJO MEXICANO DE  
CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.

**EXAMEN DE  
REGULARIZACIÓN  
2025**



## CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.

El Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C, con el objeto de promover la recertificación de especialistas cuya certificación hay perdido vigencia de acuerdo a los lineamientos de la CONACEM, se realizará un **“Examen de Regularización”**, para aquellos Neurocirujanos cuya Certificación se encuentre vencida con fecha previa al 29 de febrero del 2024 convocando a los interesados se ha organizado un Proceso Especial de Regularización por única ocasión, para que puedan recertificarse en la especialidad de Cirugía Neurológica.

- 1.- El examen será presencial a celebrarse en nuestra sede ubicada en la calle de Miami N° 47, 2° piso, Col. Nápoles, Cp. 03810, **los días 30, 31 de enero y 1° de febrero 2025.**
- 2.- La materia a examinar será de Neurocirugía **“EXAMEN ORAL”**, basado en casos clínicos con un jurado pertinente.
- 3.- Podrán participar en este examen únicamente los neurocirujanos que continúen activos en la especialidad y que tengan su certificación vencida con fecha anterior al 29 de febrero del 2024.
- 4.- Cumplir con los requisitos y documentación solicitada, de acuerdo a cada caso **(ANEXO 1).**
- 5.- Cubrir la cuota de inscripción **(ANEXO 2).**
- 6.- Fecha límite para registro y entrega de documentos, **será el día 10 de enero 2025.**
- 7.- En caso de no presentar la papelería y el caso clínico, en tiempo y forma no podrá ser inscrito al examen.
- 8.- Este examen será aplicado al sustentante por única ocasión, en caso de que el resultado sea **NO CERTIFICADO**, tendrá que presentar el **EXAMEN POR RECERTIFICACIÓN** de acuerdo con los estatutos vigentes del Consejo.

Informes y dudas, favor de comunicarse a la oficina del Consejo



**55 6236 7839 / 55 6236 7840**



**55 2258 8626**



**[consejomxcirurgianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)**

## REQUISITOS

La evaluación consistirá en un examen en modalidad oral, en donde se evaluará mediante 3 casos clínicos de la **Práctica Neuroquirúrgica frecuente, uno de ellos será presentado por el sustentante**

El examen tendrá una **duración de 1 hora y 30 min**, siendo de la siguiente manera:

- Un caso clínico será presentado por el sustentante, **el cual tendrá que enviarlo junto a su documentación.**
- Dos casos clínicos serán presentados por los Sinodales.

**El caso clínico deberá ser real de su práctica clínica habitual y debe de encontrarse resuelto independientemente del resultado).**

**Deberá realizarse la presentación y enviarse en un archivo digital Power Point con el nombre del sustentante**



### Caso clínico - Indicar TEMA

El esquema de presentación será el siguiente:

- 1.- Presentación clínica.
- 2.- Diagnósticos clínicos.
- 3.- Estudios de imagen y de laboratorios pertinentes.
- 4.- Diagnósticos definitivos.
- 5.- Tratamiento realizado.
- 6.- Técnica quirúrgica.
- 7.- Resultado.
- 8.- Complicaciones, como evitarlas y como tratarlas.
- 9.- Pronóstico.

El tiempo de presentación de cada caso clínico será de 30 minutos, el resultado final será certificado o no certificado.

La documentación a entregar en la oficina del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica es la siguiente:

- 1.- Solicitud de examen y declaración de principios debidamente llenada (**se anexan**).
- 2.- Copia de **Título de Neurocirugía**.
- 3.- Copia de su **última Certificación**.
- 4.- Copia de **Cédula Profesional de Especialista**.
- 5.- Copia de carta de la autoridad correspondiente (institucional o privada), que indique que continúa activo en la **Neurocirugía**.
- 6.- Enviar caso clínico a presentar, al correo [consejomxcirurgianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)
- 7.- Dos fotografías recientes de frente, blanco y negro sin retoque, papel mate de 9x6 ovaladas, se anexa indicaciones (**ANEXO 3**).
- 8.- Copia del comprobante del pago correspondiente, en caso de requerir factura favor de anexar su **Constancia Fiscal, sin ella no se puede generar.**



**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.**

## **“SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN”**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025

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

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO:  M  F

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

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO \_\_\_\_\_ CÉDULA DE ESPECIALISTA \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ N° DE CELULAR: \_\_\_\_\_

**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 PARTICULAR:**

CALLE: \_\_\_\_\_ N° EXT: \_\_\_\_\_ N° INT: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

ALCALDÍA / MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

### **DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:**

CALLE: \_\_\_\_\_ N° EXT: \_\_\_\_\_ N° INT: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

ALCALDÍA / MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

PUESTO QUE DESEMPEÑA: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS PROFESIONALES:**

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

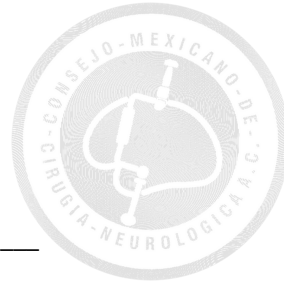
FECHA DE GRADUACIÓN: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DONDE REALIZO LA RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

**CÓMO 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 CIRUGÍA  
NEUROLÓGICA, A.C.** de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE SOLICITANTE**

# DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025

**Señor Doctor**

Juan Luis Gómez Amador

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C.

**PRESENTE**

**Estimado Doctor Gómez Amador:**

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar **EXAMEN DE REGULARIZACIÓN** 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 dicha certificación 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, examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en relación con esta solicitud, con el examen, con el grado o grados obtenidos en el mismo.

---

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA**

## COSTO DE EXAMEN

**\$16,548.00**

### Datos Bancarios:

**BANAMEX** —→ **4877563**

**SUCURSAL** —→ **575**

**CLABE** —→ **002180057548775632**

Si **requiere factura**, favor de anexar su **Constancia de Situación Fiscal junto con su comprobante de pago e indicar el correo electrónico al que se enviará. Si no se entrega la constancia no se podrá realizar la facturación.**

### Oficina

**Miami No. 47, 1<sup>er</sup> Piso, Col. Nápoles, Alcaldía. Benito Juárez, Cp. 03810**

**Tels: 55.6236.7839 \* 55.6236.7840 \* Cel. 5522.58.8626**

**[consejomxcirugianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirugianeurologica@gmail.com)**

**Horario de recepción de documentación es de Lunes - Viernes de 10:00 a 16:30 hrs.**

**<http://www.cmcn.org.mx/>**

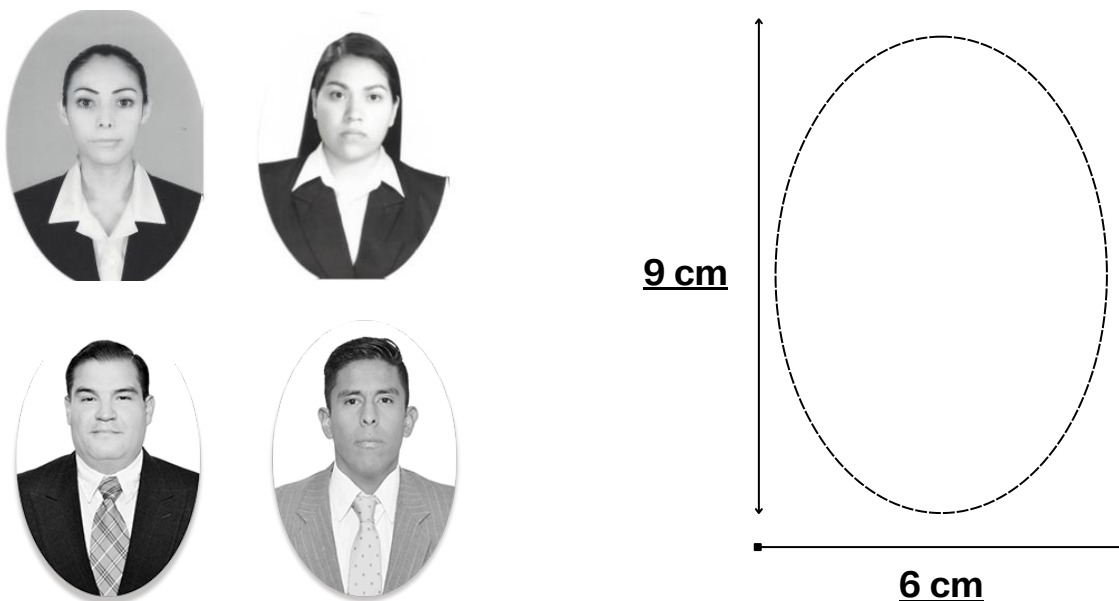
## CARACTERÍSTICAS GENERALES OBLIGATORIAS:

- Fotografías recientes en revelado análogo de estudio (no se aceptan instantáneas, ni digitales).
- Tamaño de 9 x 6 cm
- Ovaladas
- En papel mate, (sin laca matizante).
- Toma fotográfica de frente
- Blanco y negro.
- Fondo blanco.
- Frente y orejas descubiertas.
- Rostro serio.
- Sin anteojos, ni pupilentes de color.
- Sin sombrero o insignias.
- Sin anotaciones en la parte superior.
- Vestimenta formal.

## CARACTERÍSTICAS PARTICULARES:

- **Mujeres.-** Saco oscuro, blusa blanca, sin escote pronunciado, maquillaje y accesorios discretos.
- **Hombres.-** Saco oscuro, camisa blanca, corbata sin estampados, bigote recortado por encima del labio superior (que se observe el contorno de los labios), barba recortada y arreglada (recuerda que es un trámite formal).

### Ejemplo:



## FOTOGRAFÍAS NO VÁLIDAS

Motivos: por se impresas en inyección de tinta, medidas no reglamentarias y mal cortadas. Por utilizar papel brillante, cartoncillo con marca de agua, fotos digitalizadas, pixeleadas, etc.

**Favor de entregar las fotos, en un sobre con su nombre y con las especificaciones correspondientes junto con sus documentos ya que no se hará el inicio de actualización de certificado si no hay fotos.**