

**S
O
S
-
T
-
S
-
C
-
Q
-
E
-
R**



CONSEJO MEXICANO DE
CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.

**EXAMEN DE
REGULARIZACIÓN
2024**



CONSEJO MEXICANO DE CIRURGIÁ NEUROLÓGICA, A.C.

El Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C, con el objeto de promover la recertificación de especialistas de acuerdo a los lineamientos del 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 examen especial de regularización (por esta ocasión), para que usted pueda 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, del 03 al 5 de Octubre 2024.
- 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:
 - Neurocirujanos certificados, que tengan su **certificación vencida a partir del 29 de febrero 2024.**
- 4.- Cumplir con los requisitos y documentación solicitada, de acuerdo a cada caso, **(ANEXO 1)**.
- 5.- Cubrir la cuota, **(ANEXO 2)**.
- 6.- Fecha límite para registro y entrega de documentos, **será el día 06 de septiembre 2024.**
- 7.- En caso de no presentar la papelería y el caso clínico, en tiempo y forma no podrá ser inscrito al examen.

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



55 6236 7839 / 55 6236 7840



55 2258 8626



consejomxcirugianeurologica@gmail.com

REQUISITOS

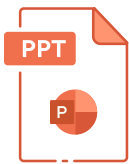
La evaluación será mediante un examen oral, que consistirá en 3 casos clínicos de la **Práctica Neuroquirúrgica** de rutina.

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

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

Su caso clínico deberá ser real de su práctica clínica de rutina y terminado (independientemente del resultado).

Su presentación deberá realizarse y ser enviada mediante un archivo digital en Power Point.



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.- Pronostico.

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.- Llenar, firmar la solicitud de examen y declaración de principios (**se anexan**).
- 2.- Copia de **Título de Neurocirugía**.
- 3.- Copia de su **última Recertificación**.
- 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 consejomxcirugianeurologica@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 factura.**



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.

“SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN”

Ciudad de México a _____ de _____ del 2024

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 2024

Señor Doctor

Juan Luis Gómez Amador

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C.

PRESENTE

Estimado Doctor Gómez:

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 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

COSTO DE EXAMEN

\$16,548.00

Datos Bancarios:

BANAMEX —→ **4877563**

SUCURSAL —→ **575**

CLABE —→ **002180057548775632**

Si se **requiere factura**, favor de anexar su **Constancia Fiscal junto con su comprobante de pago, indicar el correo a donde se enviara su factura.**
si no trae constancia no se realizará la factura.

Oficina

Miami No. 47, 1^{er} Piso, Col. Nápoles, Alcaldía. Benito Juárez, Cp. 03810

Tels: 55.6236.7839 * 55.6236.7840 * Cel. 5522.58.8626

consejomxcirugianeurologica@gmail.com

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

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

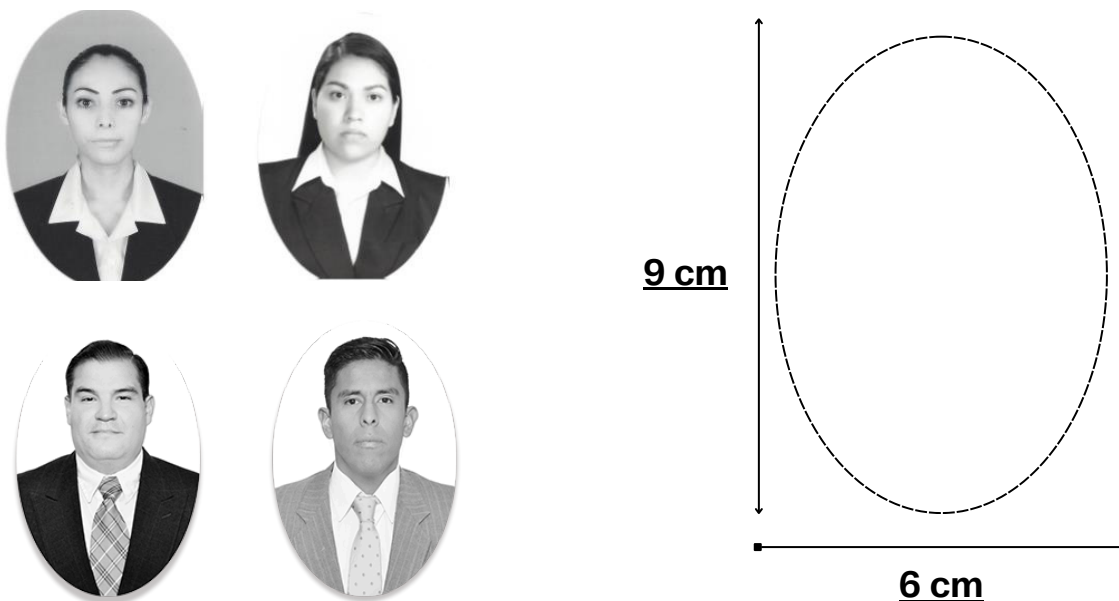
CARACTERÍSTICAS GENERALES OBLIGATORIAS:

- 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.