

Consejo Mexicano de Cirugía Meurológica, A.C.

REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C

SEGUNDA PARTE

Llenar formato de Solicitud de Certificación (Adjunta) Firmar carta de la Declaración de Principios (Adjunta)

Presentar:

- Curriculum-Vitae (con documentos comprobatorios de los últimos 5 años).
- Bitácora
- Carta del Jefe de Servicio o Profesor Titular del curso indicando que termina su residencia en febrero.
- Carta del Profesor Titular del Curso o Jefe de Servicio, en la cual asigna la calificación (APROBADO O NO APROBADO), en el examen práctico.
- Dos cartas de recomendación de Neurocirujanos Certificados Vigentes.
- Curp
- RFC
- Dos fotografías recientes de **frente blanco y negro**, **sin retoque en papel mate**, **de 9 x 6 cm**, **ovaladas**. *(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata), favor de enviarlas en un sobre pequeño blanco con el nombre completo, deben de adjuntarse junto con la documentación, ya que no se admitirá su registro hasta que esté completa la documentación.
- Si ya terminó la residencia deberá ser con un lapso máximo de un año y deberá anexar lo siguiente: a) Copia del Título de Neurocirugía
 - b) Copia de Cédula de Especialista
- Comprobante de pago

NOTA: Favor de mandar la documentación en físico, sin tachaduras, manchas, sin engrapar, en el orden como se indica lo anterior.

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 "SEGUNDA PARTE"

 NEUROCIRUGÍA 	 ORAL - ESCRITO
 NEUROLOGÍA 	 ESCRITO
 NEUROIMAGEN 	 ESCRITO

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



Consejo Mexicano de Cirugía Meurológica, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

		a de	2022.
NOMBRE (S)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATE	RNO	
R.F.C	CURP		
CEDULA DE MEDICO CIRUJANO	CEDULA DE MED	ICO ESPECIALISTA	
FECHA DE NACIMIENTO/	NACIONALIDAD	EDAD	
GÉNERO ENTIDAD	MUNICIPIO	ESTADO CIVIL	
CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONO	CELULAR		
DIRECCIÓN:			
CALLE			
N° EXT N° INT	COLONIA		
DELEGACIÓN / MUNICIPIO			
ESTADO	_ CÓDIGO POSTAL		
Anote correctamente los datos de con su examen será enviad	_	-	onada
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (HOSPITAL	O CONSULTORIO):		
HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO			
HOSPITAL DEL SERVICIO PRIVADO			
CALLE			
N° EXT N° INT	COLONIA		
DELEGACIÓN / MUNICIPIO	TELÉFON	0	
ESTADO	_ CÓDIGO POSTAL		
PUESTO OUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE			

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA	
FECHA DE GRADUACIÓN:	TÍTULO DE
CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES	
UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD	
INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA	

ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON ACENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS, YA QUE EN CASO DE CONCEDERSE EL CERTIFICADO APARECERÁ COMO LO INDIQUE



El que suscribe solicita atentamente su certificación por el <u>CONSEJO MEXICANO DE</u> <u>CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C,</u> de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

 FIDA A DEL COLICITANTE	

	a	de	2022.
	_ a	uo	
Señor Doctor			
José Antonio Soriano Sánchez			
Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica : PRESENTE	A.C.		
Estimado Doctor Soriano:			
Por la presente solicito del <u>Consejo Mexicano de</u> conceda el presentar la <u>"SEGUNDA PARTE"</u> del exame vista de que cumplo con los requisitos para sustentarlo.	_		
En caso de aprobar este examen, al recibir el certificado estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neuroló certificado por fracaso en el examen y me comprometo de que las reglas que cubren dichos certificados sean vide las señaladas en los estatutos.	ógica, <i>A</i> a devol	1.C, aceptaré ver dicho cer	la negativa del tificado en caso
Estoy de acuerdo de acuerdo en liberar al Consejo M A.C, sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agente daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar el examen, y el grado o grados obtenidos en el mismo.	s de cu n conex	alquier demar	nda o queja por
Nombre completo y firma de	confo	midad	



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

BITACORA

Nombre de residente:

			CIRUG	IAS					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									
			D	ESTREZA	4				
			R		R		R		R
Venodisecciones									
Catéteres Centrales									
Punciones Lumbares									
			HISTO	RIAS CLI	NICAS				
			R		R		R		R
				l					
			ASISTEN	ICIA A SE	SIONES				
Clinicopatológic	:a								
Corte de cerebro						'			
Interinstitucional									
Biográfica y morbimorta									
Programación quirúrgica	a								
			CONSU	LTA EXT	ERNA				
Neurológica									
Neuroquirúrgica									

CURSOS POR AÑO Y CALIFICACIONES

R	
R	
R	
R	

Firma del Residente

TRABAJOS PUBLICADOS	
	_

Firma del Jefe de Servicio o Profesor Titular del Curso



CUENTA BANCARIA

Nombre - Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

Si se requiere factura, favor de anexar su Constancia Fiscal junto con su comprobante de pago.

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos:

5515190534 * 5515190554 * 5522588626

de lunes a viernes de 11:00 a 16:00hrs

o al correo: consejomxcirugianeurologica@gmail.com