CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC.

REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

PRIMERA PARTE

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

DOCUMENTOS:

- Copia de Título de Médico Cirujano
- Copia de Cédula de Médico Cirujano
- En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de medicina.
- Bitácora
- Carta del Jefe de Servicio o Profesor Titular del curso indicando en que año de la residencia se encuentra, (al final del 3° año).
- Dos fotografías recientes de frente de 5 x 5 cm, blanco y negro.
  - Damas vestimenta formal
  - Caballeros con traje y corbata), favor de enviarlas en un sobre con el nombre completo.

NOTA:
Favor de mandar la documentación en físico, sin tachaduras, 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 "PRIMERA PARTE"

- **NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA** ——— **ESCRITO**
- **NEUROPATOLOGÍA** ——— **ESCRITO**

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: **5515190534 * 5515190554 * 5522588626** ò al correo:
consejomxcirugianeurologica@gmail.com

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Ciudad de México a _____ de _____ 2023.

NOMBRE (S) _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

R.F.C. _____ CURP _____

CEDULA DE MEDICO CIRUJANO _____ CEDULA DE MEDICO ESPECIALISTA _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____

GÉNERO _____ ENTIDAD _____ MUNICIPIO _____ ESTADO CIVIL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____

DIRECCIÓN:

CALLE _____

Nº EXT _____ Nº INT _____ COLONIA _____

DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen será enviada a la dirección electrónica que nos proporcione.

DIRECCIÓN DEL TRABAJO (HOSPITAL O CONSULTORIO):

HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO _____

HOSPITAL DEL SERVICIO PRIVADO _____

CALLE _____

Nº EXT _____ Nº INT _____ COLONIA _____

DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

PUESTO QUE 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, EN CASO DE APROBACION DEL EXAMEN APARECERÁ COMO LO INDIQUE

_____

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

_____

FIRMA DEL SOLICITANTE

AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI NO.47 1er. PISO, colonia NÁPOLES, ciudad MÉXICO, municipio o delegación BENITO JUÁREZ,c.p. 03810, en la entidad de CIUDAD DE MÉXICO, país MÉXICO, utilizarán sus datos personales recabados para: **CERTIFICACION y RECERTIFICACION.**

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer,usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: **www.cmcn.org.mx**

Ciudad de México a _____ de _____ 2023.

Señor Doctor
José Antonio Soriano Sánchez
Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.
PRESENTE

Estimado Doctor Soriano:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C,** se me conceda el presentar la **"PRIMERA PARTE"** del examen de Certificación de este Consejo, en vista de que soy **RESIDENTE** del _____ de la especialidad.

Estoy de acuerdo 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, y el grado o grados obtenidos en el mismo.

_____

Nombre completo y firma de conformidad

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, AC.

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

NOMBRE y FIRMA
DEL RESIDENTE

NOMBRE y 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

En caso de requerir 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 10:00 a 16:00 hrs o al correo: **consejomxcirugianeurologica@gmail.com**