



CERTIFICACIÓN EN TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA

Estimados Neurocirujanos:

Les informamos que la creación del capítulo de Terapia Endovascular Neurológica del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C. ha sido ya aprobada por el CONACEM por lo que los neurocirujanos con este entrenamiento podrán tramitar su certificado de **Terapia Endovascular Neurológica**

REQUISITOS DE CERTIFICACION EN TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA PARA NEUROCIRUJANOS EGRESADOS ANTES DEL 30 DE JUNIO 2017

- Solicitud de Certificación (Adjunta)
- Declaración de principios (Adjunta)
- Copia de Título de especialidad o Constancia de entrenamiento en Terapia Endovascular Neurológica como mínimo de un año.
- Copia de Cédula de Especialista en Neurocirugía.
- Certificación vigente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.
- Copia de Curriculum vitae relacionado con cursos y congresos en Terapia Endovascular Neurológica.
- Bitácora de procedimientos como primer cirujano en la cual deberá incluir firma o aval del profesor titular y/o institución educativa.
- El candidato deberá entrevistarse con el comité del capítulo de Terapia Endovascular Neurológica.
- Dos cartas de recomendación de médicos especialistas en Terapia Endovascular Neurológica.
- Copia del RFC.
- Copia del CURP.
- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque, en papel mate, de 9 X 6, ovaladas (damas vestimenta formal, caballeros con traje y corbata).
- Enviar el comprobante de depósito \$ 2,500.00

Nota:

Si los documentos son expedidos en el extranjero es necesario que sean apostillados y revalidados por la Dirección General de Profesiones.

REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN EN TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA PARA NEUROCIRUJANOS EGRESADOS DESPUÉS DEL 30 DE JUNIO 2017

- Solicitud de Certificación (Adjunta)
- Declaración de principios (Adjunta)
- Copia de Título de especialidad o Constancia de entrenamiento en Terapia Endovascular Neurológica como mínimo dos años.
- Copia de Cédula de Especialista en Neurocirugía.
- Certificación vigente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.
- Copia de Curriculum vitae relacionado con cursos y congresos en Terapia Endovascular Neurológica.
- Bitácora de procedimientos como primer cirujano en la cual deberá incluir firma o oval del profesor titular y/o institución educativa.
- El candidato deberá entrevistarse con el comité del capítulo de Terapia Endovascular Neurológica.
- Dos cartas de recomendación de médicos especialistas en Terapia Endovascular Neurológica.
- Copia del RFC.
- Copia del CURP.
- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque, en papel mate, de 9 X 6, ovaladas (Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata).
- Enviar el comprobante de depósito.

Nota:

Si los documentos son expedidos en el extranjero es necesario que sean apostillados y revalidados por la Dirección General de Profesiones.

Dr. José Antonio Soriano Sánchez

PRESIDENTE

Dr. Gustavo Melo Guzmán

COORDINADOR DEL CAPÍTULO DE
TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, AC.

CAPÍTULO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA
“SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN”

Ciudad de México a _____ de _____ 2023.

NOMBRE (S) _____

APELLIDO PATERNO _____

APELLIDO MATERNO _____

R.F.C. _____ CURP _____

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO _____

CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA _____

CÉDULA DE ESPECIALISTA EN TERAPIA ENDOVASCULAR _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ NACIONALIDAD _____

EDAD _____ GÉNERO _____ ESTADO CIVIL _____

ENTIDAD _____ MUNICIPIO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____

ESTUDIOS PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE "TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA"

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA: _____

FECHA DE GRADUACIÓN: _____

TÍTULO DE _____

HOSPITAL DE RESIDENCIA _____

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



El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C, en el **Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica**, 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.

Señores Doctores:

José Antonio Soriano Sánchez

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.

Gustavo Melo Guzmán

Coordinador del Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica del CMCN, A.C.

PRESENTE

Estimados Doctores:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica**, se me conceda el presentar el examen de Certificación en Terapia Endovascular Neurológica de ese Consejo, en vista de que creo cumplir 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 de conformidad



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, AC.

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