

Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

EXAMEN COMPLETO

Llenar formato de Solicitud de Certificación (Adjunta)

Firmar carta de la Declaración de Principios (Adjunta)

Presentar:

- Copia de Título de Médico Cirujano
- Copia de Título de Neurocirugía
- Copia su Curriculum-Vitae con documentos comprobatorios de los últimos 5 años, relacionados a su actividad en la neurocirugía (NO ENGARGOLAR)
- En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de medicina y de neurocirugía.
- Copia de Cédula de Profesional de Médico Cirujano
- Copia de Cédula de Especialista (en caso de tenerla)
- Copia del CURP
- Copia del RFC
- Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
- Dos fotografías recientes de frente de 5 X 5 cm.
- Dos fotografías recientes de frente blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 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.
- Comprobante de pago

Nota: Favor de mandar la documentación en físico, sin tachaduras, sin engrapar, en el orden como se indica lo anterior, las fotos deben de venir en un sobre blanco con nombre completo, adjuntarse junto con la documentación, ya que no se admitirá su registro hasta que esté completa la documentación.

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 "MÓDULO A"

- NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA _____ ESCRITO
- NEUROLOGÍA _____ ESCRITO

MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "MÓDULO B"

- NEUROCIRUGÍA _____ ORAL - ESCRITO
- NEUROLOGÍA _____ ESCRITO
- NEUROIMAGEN _____ ESCRITO

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



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

_____ a _____ de _____ 2024.

NOMBRE (S) _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

R.F.C. _____ CURP _____

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO _____ CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA _____

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

GÉNERO F M 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 _____

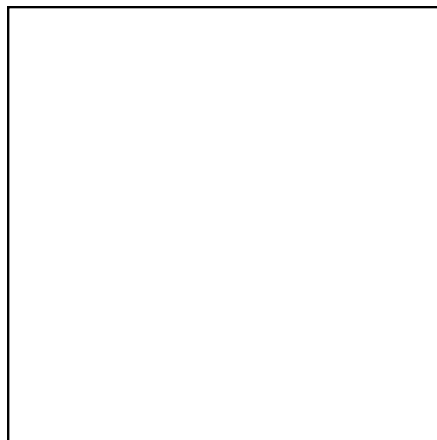
CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES _____

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD _____

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA _____

ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON ACENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS, 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.**, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.



NOMBRE y FIRMA DEL SOLICITANTE

AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI N°.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

_____ a _____ de _____ 2024.

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 el "**EXÁMEN COMPLETO**" de Certificación de este Consejo, en vista de que cumpla 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 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



CUENTA BANCARIA

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

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

Costo - **EXAMEN COMPLETO - \$ 16,538.00**

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:

5562367839 - 5562367840 - 5522588626

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

o al correo: consejomxcirurgianeurologica@gmail.com