Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

# REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

## 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 y RFC
- Dos fotografías recientes con las siguientes especificaciones:

  Defrente 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, 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 "SEGUNDA PARTE"

**NEUROIMAGEN** _____ modalidad escrito 50 preguntas

**NEUROLOGÍA** _____ modalidad escrito 50 preguntas

**NEUROCIRUGÍA** _____ modalidad oral y 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
**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 la **"SEGUNDA PARTE"** del examen de Certificación de este 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 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 Cirugía Neurológica, A.C.

# 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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

**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

**Costo del Examen SEGUNDA PARTE - $ 5,541.00**

**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: **consejomxcirugianeurologica@gmail.com**