



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

# REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

## EXAMEN POR RECERTIFICACIÓN

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).
- Copia de **Título de Médico Cirujano y de Neurocirugía**, (actualización de archivo).
- Dos cartas de recomendación de **Neurocirujanos Certificados Vigentes..**
- CURP y RFC
- Copia de Certificado
- Cédula de Profesional de **Médico Cirujano y de la Especialidad.**
- Dos fotografías recientes con las siguientes especificaciones:

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.

- Comprobante de pago

### MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN

NEUROIMAGEN	_____	modalidad escrito a 60 preguntas
NEUROLOGÍA	_____	modalidad escrito a 60 preguntas
NEUROCIRUGÍA	_____	modalidad escrito a 100 preguntas.

Solamente se podrá presentar si el resultado del EXAMEN ESCRITO es **APROBATORIO**

**Examen de Neurocirugía basado en Casos Clínicos en modalidad ORAL**  
**(tiempo de duración de 60 minutos)**

**NOTA:** Enviar o entregar la documentación solicitada de forma física, completa, sin tachaduras, sin manchas y sin engrapar, en el orden arriba indicado, anexando el sobre con las fotografías, **no se aceptar documentación incompleta.**

**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 extemporáneo.**



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025.

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 \_\_\_\_\_

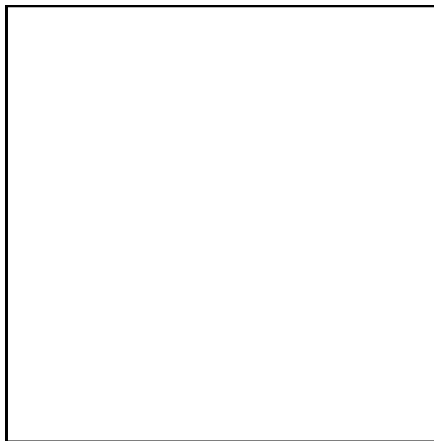
UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_

**ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON ACENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS, 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.



---

**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](http://www.cmcn.org.mx)

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025.

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 **"EXÁMEN POR RECERTIFICACIÓN"** 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 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 POR RECERTIFICACION - \$ 16,548.00

**En caso de requerir factura, favor de anexar su Constancia de Situación Fiscal junto con el comprobante de pago y la dirección de correo electrónico a la cual será enviada.**

**Para mayor información, comunicarse a la oficina del Consejo a través de los siguientes medios:**

**Teléfonos: 5562367839 - 5562367840 WhatsApp 5522588626  
correo electrónico: [consejomxcirurgianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)**

**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC.**

**Calle: Miami N° 47, 1er. Piso, Col. Nápoles,  
Alcaldía. Benito Juárez, Ciudad de México, Cp. 03810**

**Horario de atención: lunes a viernes 10:00 a 16: horas**