



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

PRIMERA PARTE

Llenar formato de Solicitud de Certificación (Adjunta)

Firmar carta de la Declaración de Principios (Adjunta)

PRESENTAR:

- 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 por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DGAIR) de la Secretaría de Educación Pública (SEP)
- Bitácora.
- Carta del Jefe de Servicio o Profesor Titular del curso indicando en que año de la residencia se encuentra (se puede ser candidato a partir del final del 3° año de residencia).
- Dos fotografías recientes de frente de 5 x 5 cm. *(Damas vestimenta formal, Caballeros con saco y corbata), deben enviarse en un sobre pequeño blanco rotulado con su nombre completo.

El costo de examen **PRIMERA PARTE** es de **\$ 1,815.00 pesos mexicanos**

Realizar el pago en la siguiente cuenta:

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

Banco: BANAMEX

Cuenta: 4877563

Sucursal: 575

Clabe: 002180057548775632

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

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, no se aceptarán inscripciones extemporáneas.

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

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC. - Calle: Miami N° 47, 1er. Piso, Col. Nápoles, Alcaldía. Benito Juárez, Ciudad de México, CP. 03810



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

_____ a _____ de _____ 2025.

NOMBRE (S): _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

R.F.C. _____ CURP: _____ EDAD: _____

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO: _____ CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NACIONALIDAD: _____

GÉNERO: M F ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN:

CALLE: _____ N° EXT: _____ N° INT: _____

DELEGACIÓN / MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

COLONIA: _____ 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: _____ N° EXT: _____ N° INT: _____

COLONIA: _____ DELEGACIÓN / MUNICIPIO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ ESTADO: _____ TELÉFONO: _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: _____

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA: _____

FECHA DE GRADUACIÓN: _____ TÍTULO DE: _____

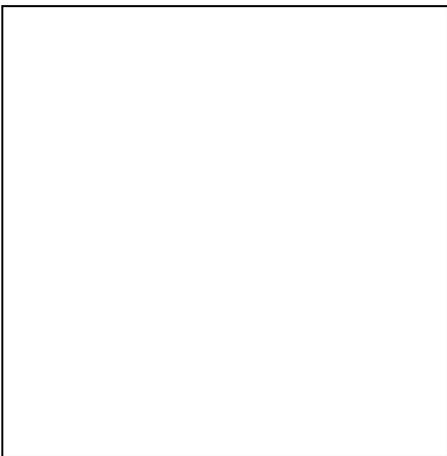
CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES: _____

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 _____ 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 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 Cirugía Neurológica, A.C.

BITÁCORA

Nombre de residente: _____

Grado: _____

CIRUGÍAS									CIRUGÍAS 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				

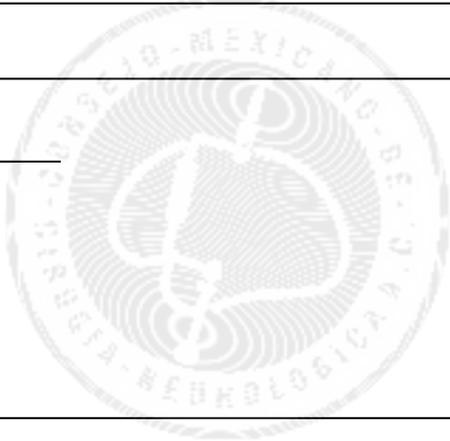
CONSULTA EXTERNA

Neurológica				
Neuroquirúrgica				

CURSOS POR AÑO y CALIFICACIONES

R	

TRABAJOS PUBLICADOS



Firma del Residente

**Nombre y Firma del Jefe de Servicio o
Profesor Titular del Curso**