



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](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**



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: \_\_\_\_\_

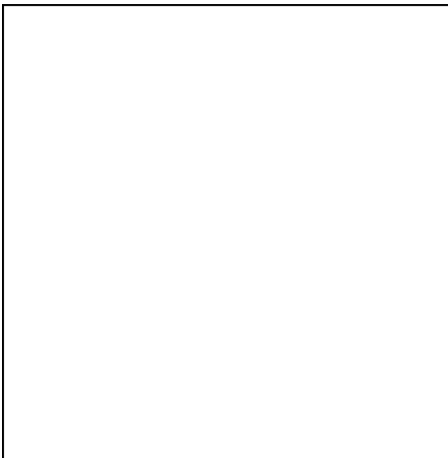
UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

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](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 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	
Venodisecciones				
Catéteres Centrales				
Punciones Lumbares				

HISTORIAS CLINICAS				
	R		R	

ASISTENCIA A SESIONES				
Clinicopatológica				
Corte de cerebro				
Interinstitucional				
Biográfica y morbimortalidad Programación quirúrgica				

CONSULTA EXTERNA				
Neurológica				
Neuroquirúrgica				

## CURSOS POR AÑO y CALIFICACIONES

<b>R</b>	
<b>R</b>	
<b>R</b>	
<b>R</b>	

## TRABAJOS PUBLICADOS

---

---

---

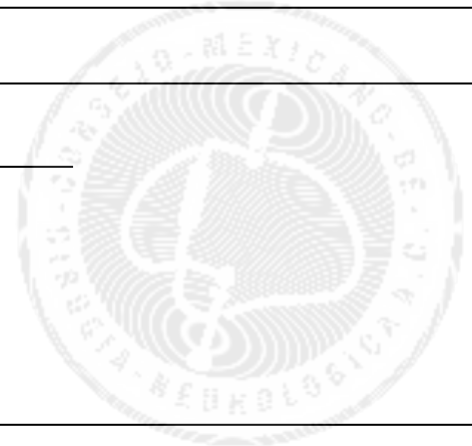
---

---

---

---

---



---

**Firma del Residente**

---

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