



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:
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.
- Si ya terminó la residencia deberá presentar el examen en un lapso máximo de un año y deberá anexar la siguiente documentación:
 - a) **Copia del Título Universitario de Especialista en Neurocirugía**
- Comprobante de pago

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 aceptará 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.

MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

EXAMEN ESCRITO:

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

EXAMEN ORAL:

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)



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 "**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 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



BITÁCORA

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	
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

R	
R	
R	
R	

TRABAJOS PUBLICADOS



Firma del Residente

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



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

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 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: consejomxcirugianeurologica@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