



## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C

### EXAMEN COMPLETO

**Llenar formato de Solicitud de Certificación (Adjunta)**  
**Firmar carta de la Declaración de Principios (Adjunta)**

### Presentar:

- Copia de Título de Médico Cirujano
- Copia de Título de Neurocirugía
- Copia su Curriculum-Vitae con documentos comprobatorios de los últimos 5 años, relacionados a su actividad en la neurocirugía (NO ENGARGOLAR)
- En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de medicina y de neurocirugía.
- Copia de Cédula de Profesional de Médico Cirujano
- Copia de Cédula de Especialista (en caso de tenerla)
- Copia del CURP
- Copia del RFC
- Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
- Dos fotografías recientes de frente de 5 X 5 cm.
- Dos fotografías recientes de frente blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas \* (Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)

**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 "PRIMERA PARTE"

- NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA \_\_\_\_\_ ESCRITO
- NEUROLOGÍA \_\_\_\_\_ ESCRITO

### MATERIAS PARA PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

- NEUROCIRUGÍA \_\_\_\_\_ ORAL - ESCRITO
- NEUROLOGÍA \_\_\_\_\_ ESCRITO
- NEUROIMAGEN \_\_\_\_\_ ESCRITO

**(Examen ORAL, con tiempo de duración de 60 minutos)**

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: 5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626 al correo: [consejomxcirugianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirugianeurologica@gmail.com)



**CONSEJO MEXICANO DE CIRURGIJA NEUROLÓGICA, A.C.**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_  
R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
CEDULA DE MEDICO CIRUJANO \_\_\_\_\_ CEDULA DE ESPECIALISTA \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
GENERO \_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**

CALLE \_\_\_\_\_  
NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_  
DELEGACIÓN/MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_.

**Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen le será enviada a la dirección que nos proporcione.**

**DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:**

CALLE \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO.INT. \_\_\_\_\_  
COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN/MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\$ \_\_\_\_\_)  
PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS PROFESIONALES:**

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA \_\_\_\_\_  
FECHA DE GRADUACION \_\_\_\_\_ TITULO DE \_\_\_\_\_  
CEDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES \_\_\_\_\_  
ADIESTRAMIENTO DE POSTGRADO \_\_\_\_\_

**COMO DESEA QUE APAREZCA SU NOMBRE EN EL CERTIFICADO EN CASO DE CONCEDERSE ESTE: (FAVOR DE UTILIZAR MAYÚSCULAS, MINÚSCULAS Y ACENTOS)**

\_\_\_\_\_

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRURGIJA NEUROLÓGICA, A.C., de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

\_\_\_\_\_  
**Firma de solicitante**



## CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C

### DATOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE NEUROCIRUGÍA

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE (S): \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

CEDULA DE MÉDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_

CEDULA DE ESPECIALISTA DE NEUROCIRUJANO: \_\_\_\_\_

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

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

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

HOSPITAL PRIVADO DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Señor Doctor  
José Manuel Muñoz Tagle  
Presidente Del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.  
Presente

Estimado Doctor Muñoz:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar **EXAMEN COMPLETO** de Certificación de ese 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 mí 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, con el grado o grados obtenidos en el mismo.

---

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA**



# CUENTA BANCARIA

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

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

**Si se requiere 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:

5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626

de Lunes a viernes de 11:00 a 16:00hrs

o al correo: [consejomxcirurgianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)