



REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACION DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA

PRIMERA PARTE

Llenar formato de:	Solicitud de Examen Seccional	(Adjunta)
Firmar Carta de	Declaración de Principios	(Adjunta)

Presentar:

- **Copia** de Título de Médico Cirujano
- **Copia** de Cédula de Médico Cirujano
- **Copia** de revalidación de estudios de medicina en el caso de ser extranjero
- **Bitácora**
- Carta del jefe del Servicio o Profesor Titular del curso indicando en que año de la residencia se encuentra. (Al final del 3^{er} año)
- 2 fotografías de frente de 5 X 5 cm.*(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)

NOTA: Favor de mandar la documentación en un folder color AMARILLO con nombre, en orden como se indica lo anterior y las fotos en un sobre pequeño color blanco con el nombre al reverso.

MATERIAS PARA PRESENTAR EN EXAMEN "PRIMERA PARTE"

- NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA (ESCRITO)
- NEUROPTOLOGÍA (ESCRITO)

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.

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: 5515190534 * 5515190554 * 5522588626 o al correo: consejomxcirurgianeurologica@gmail.com



CONSEJO MEXICANO DE CIRURIA 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 CIRURIA NEUROLÓGICA, A.C., de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

Firma de solicitante

_____ a _____ de _____ 20_____

Señor Doctor
José Manuel Muñoz Tagle
Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.
P r e s e n t e

Estimado Doctor Muñoz:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., se me conceda presentar la **PRIMERA PARTE** del examen de Certificación de ese Consejo, dado que soy **RESIDENTE** del _____ de la especialidad. 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 y Firma



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.

BITACORA

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	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	
R	
R	
R	

TRABAJOS PUBLICADOS

Firma del Residente

Firma del Jefe de Servicio o Profesor Titular del Curso



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: consejomxcirugianeurologica@gmail.com