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

SEGUNDA PARTE

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

Presentar:

- Bitácora
- Copia del CURP
- Copia del RFC
- Copia de Curriculum-Vitae. (con documentos comprobatorios y en archivo electrónico anexo de los últimos 5 años).
- Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados.
- Carta del Profesor Titular del Curso o jefe del Servicio, informando que termina su residencia en febrero.
- Carta del Profesor Titular del Curso o jefe del Servicio, en la cual asigna la calificación (aprobado o no aprobado) en el examen práctico.
- Dos fotografías recientes de frente, **blanco y negro, sin retoque en papel mate, de 9x6 cm, ovaladas** *(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata).
- Si ya terminó la residencia deberá ser con un lapso máximo de un año:
  a. Copia del Título de Neurocirugía
  b. Copia de Cédula de Especialista
- **Comprobante de pago**

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

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 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

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, 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 (S _____)_____
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 CIRUGIA NEUROLOGICA, 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.
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 el presentar la **SEGUNDA PARTE** del examen 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 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, 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**