

**REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL
CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA.**

EXAMEN COMPLETO

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

Presentar:

Copia de Título

Copia de su Curriculum-Vitae con relación y copia de las constancias **(FAVOR DE NO ENGARGOLARLO)**

Copia de la Cédula de Profesiones

Copia de la Constancia de Internado Rotatorio

Copia de la Constancia de Residencia en Cirugía General

Copia del Diploma de la Universidad u Hospital donde se realizó la residencia

Relación de actividades que realizó durante la residencia **(Bitácora)**

2 Fotografías de Frente de 5 X 5 Cm., **(CON TRAJE Y CORBATA) (CABALLEROS)**

2 Fotografías de Frente blanco y negro sin retoque de 9X6 ovalada

La documentación correspondiente deberá estar en las oficinas del Consejo 60 (sesenta días) antes de la fecha de examen.

MATERIAS A PRESENTAR EN EXAMEN "PRIMERA PARTE"

NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA (ESCRITO)

NEUROPATOLOGÍA ESCRITO Y VISUAL

MATERIAS A PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

NEUROCIRUGÍA

NEUROLOGÍA

NEUROIMAGEN

(Las tres materias se sustentarán de forma ORAL, con tiempo de duración de 30 minutos cada una)

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del

Consejo a los teléfonos:

5543-0013 y 5536-9363

www.cmcn.org.mx

info@cmcn.org.mx

**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

NOMBRE COMPLETO _____ SEXO _____ EDAD _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____ DOMICILIO _____
(Calle y Número)

COLONIA _____ CIUDAD Y ESTADO _____ C.P. _____ TELEFONO _____

TELÉFONO CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

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 _____

COLONIA _____ CIUDAD Y 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 _____

**FORMA 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 del solicitante

Fecha _____

_____ a _____ de _____ de 2010

Señor Doctor
Gerardo Guinto Balanzar
Presidente del
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.
P r e s e n t e

Estimado Doctor Guinto:

Por la presente solicito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., se me conceda el presentar el examen de Certificación de ese Consejo, en vista de que creo cumplir 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 CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.

BITACORA

Nombre del Residente: _____

Grado: _____

CIRUGIAS									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 empiemas									
Otros									
TOTAL									
DESTREZA									
	R		R		R		R		
Venodisecciones									
Catéteres centrales									
Punciones lumbares									
HISTORIAS CLÍNICAS									
	R		R		R		R		
ASISTENCIA A SESIONES									
Clinicopatológica									
Corte de cerebro									
Interinstitucional									
Biográfica y morbimortalidad									
Programación quirúrgica									
CONSULTA EXTERNA									
Neurológica									
Neuroquirúrgica									

Firma del Residente

Firma del Jefe del Servicio o
Profesor Titular del Curso

CURSOS POR AÑO Y CALIFICACIONES:

R	
R	
R	
R	

TRABAJOS PUBLICADOS