

**REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN 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 el Título

**Copia** de la Cédula de Profesiones

**Copia** de la Constancia de Internado Rotatorio

**Copia** de la Constancia de Residencia en Cirugía General (**NO CALIFICACIONES**)

**Carta** del Profesor del Curso o del Jefe del Servicio certificando el año que cursa el aspirante

**Bitácora**

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

**MATERIAS A PRESENTAR EN EL EXAMEN "PRIMERA PARTE"**

**NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA** (ESCRITO) **Tiempo Duración: 1 Hora**  
**NEUROPATOLOGÍA** (ESCRITO) **Tiempo Duración: 1 Hora**

**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](http://www.cmcn.org.mx)  
[info@cmcn.org.mx](mailto:info@cmcn.org.mx)

**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.  
SOLICITUD DE EXAMEN SECCIONAL**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ 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.**

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA \_\_\_\_\_

FECHA DE GRADUACIÓN \_\_\_\_\_ TÍTULO DE \_\_\_\_\_

CEDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES \_\_\_\_\_

INSTITUCIONES EN LAS QUE HAYA REALIZADO FRACCIÓN DE SU ADIESTRAMIENTO DE POSTGRADO  
(Internado rotatorio, cirugía general u otros)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EN LA QUE REALIZA SU ADIESTRAMIENTO EN LA ACTUALIDAD

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AÑO DE RESIDENCIA QUE CURSA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO O PROFESOR TITULAR DEL CURSO \_\_\_\_\_

El que suscribe solicita atentamente el examen seccional del CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA (neuroanatomía neuropatología y cirugía general), de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

CONSIDERO QUE EL SOLICITANTE REUNE LOS REQUISITOS SEÑALADOS POR EL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C., PARA PRESENTAR EL EXAMEN SECCIONAL CONSIGNADO EN LOS ESTATUTOS DEL MISMO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Servicio  
Profesor encargado del curso

\_\_\_\_\_ 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 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 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									
<b>TOTAL</b>									
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**