

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

SEGUNDA PARTE

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

Presentar:

Bitácora

Copia de su Curriculum Vitae (FAVOR DE NO ENGARGOLARLO)

Carta del Profesor Titular del Curso o Jefe del Servicio, informando que termina su residencia en febrero.

Dos cartas de Referencias de Neurocirujanos Certificados por este Consejo

(Si ya terminó la residencia enviar copia del Diploma de la Universidad u Hospital donde se realizó la residencia)

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 *"SEGUNDA PARTE"*

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

**NEUROCIRUGÍA
NEUROLOGÍA
NEUROIMÁGEN**

**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 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 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	
Venodisecciones				
Catéteres centrales				
Punciones lumbares				

HISTORIAS CLÍNICAS				
	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