

**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
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 2011

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 | | | | | | | | | |
| 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