

**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**

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 _____

CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR _____

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 GRADUACION _____ TITULO DE _____

CEDULA DE LA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES _____

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

INSTITUCION 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

Lugar y fecha _____

_____ a _____ de _____ de 2009

Señor Doctor
Francisco Javier Chong Barreiro
Presidente del
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.
P r e s e n t e

Estimado Doctor Chong:

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