

CONSEJO MEXICANO  
DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA. A.C.



MANUAL  
DE PROCEDIMIENTOS

Este manual podrá ser revisado, modificado y actualizado,  
cuando se necesario por indicaciones de la Directiva del  
Consejo y/o indicaciones de la CONACEM



# CONTENIDO

|   |                                                                                   |    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| ● | INTRODUCCIÓN .....                                                                | 4  |
| ● | MARCO JURÍDICO .....                                                              | 5  |
| ● | ANTECEDENTES E HISTORIA DEL CONSEJO<br>MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C. .... | 7  |
| ● | PROCEDIMIENTOS, REQUISITOS Y TRÁMITES .....                                       | 9  |
| ● | COMITÉS .....                                                                     | 15 |
| ● | ANEXO 1 .....                                                                     | 16 |
| ● | ANEXO 2 .....                                                                     | 21 |
| ● | ANEXO 3 .....                                                                     | 27 |
| ● | ANEXO 4 .....                                                                     | 31 |

## • INTRODUCCIÓN

Los consejos tendrán como función principal, coadyuvar con el CONACEM, en la supervisión del entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia de los médicos especialistas que soliciten la certificación o recertificación, conforme a los mecanismos establecidos por el consejo y por el CONACEM.

El consejo dará a conocer a través de comunicados y de su página web, los requisitos y fechas para la obtención de certificados y vigencias.

Los médicos especialistas que soliciten la certificación y vigencia, deberán presentar su solicitud por escrito, la documentación requerida, los pagos necesarios y en el caso de ser aceptada su solicitud, presentar los exámenes correspondientes en los días y horarios que les sean señalados.

Los exámenes se realizarán en los meses de febrero y octubre de cada año y la documentación deberá de estar en las oficinas del Consejo 45 días antes de la fecha de examen.

El CMCN, tiene establecido el realizar el examen de certificación en dos partes, cuando el solicitante se encuentra aún en etapa de su entrenamiento.

- Primera parte al término del tercer año de la residencia, examen escrito de las materias de neuroanatomía – neurofisiología y neuropatología.
- Segunda parte, residentes que hayan acreditado la primera parte, al término de su residencia y hasta un año después, examen escrito de las materias de neurología neuroimagenología y neurocirugía, examen oral de neurocirugía.
- Examen completo, para neurocirujanos al término de su residencia o cuando así lo soliciten o que no hayan acreditado en examen.

### **Recertificación:**

- Por currículum para neurocirujanos certificados, antes del término de vigencia de su última certificación o recertificación.
- Por examen para neurocirujanos que no hayan solicitado su recertificación por currículum, al término de su última certificación o recertificación.

El Consejo ha establecido los siguientes requisitos y trámites que se deberán realizar para acceder a alguna de las modalidades de certificación o recertificación establecidas por el mismo.

También el Consejo para otorgar reconocimiento a los Hospitales con residencia en neurocirugía y para avalar curso, congreso y actividades de educación médica de la especialidad, ha establecido los requisitos y trámites que se deberán cumplir para estos fines.



## • **MARCO JURÍDICO.**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

### **Leyes**

Ley General de Salud.

Ley Federal de Protección de datos personales de los Particulares.

Código Civil para la CDMX.

### **Reglamentos**

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

### **Acuerdos**

Acuerdo secretarial por el que se emiten los lineamientos a que se sujetarán El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejeros de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto en el artículo 272 is y el Título Cuarto de dicha Ley.

### **Otros Documentos**

Estatutos del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, CONACEM.

### **Reglamento de Idoneidad.**

## **EXÁMENES.**

Los candidatos presentarán las materias de Neuroanatomía-Neurofisiología, Neuropatología, Neurocirugía, (ESCRITOS), Neurocirugía, (ORAL).

## **RESULTADOS DE LOS EXÁMENES.**

El Secretario enviará una carta comunicando a los examinados del resultado de su evaluación,(aprobado o no aprobado), en un periodo de 20 días.

## **INFORMACIÓN**

Hay dos tipos de candidatos que pueden presentar el examen de Certificación:

- Los residentes que están en su último año de residencia.
- Los Neurocirujanos que no presentaron se examen durante la residencia.

**Si los candidatos son extranjeros deberán enviar sus documentos validados por la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Dirección General de Profesiones, tendrán que estar apostillados por ambas dependencias.**

# • ANTECEDENTES E HISTORIA DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.

## 1.- ANTECEDENTES E HISTORIA DEL CONSEJO.

El Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C. (CMCN) fue fundado en el año de abril de 1965.

Fueron los doctores Horacio Martínez Romero, Daniel González González, José Humberto Mateos Gómez, Jesús López Lira Castro y Juan Ignacio Olivé Urrutia los que hicieron posible la Fundación del CMCN, cuya idea original fue: "...el estimular el estudio, mejorar la práctica y elevar los niveles de la Cirugía Neurológica para servir a la causa de la salud pública".

A partir del año de 1967 el Consejo inició sus exámenes de Certificación, consistentes en evaluar al examinando en seis distintas materias a saber: Cirugía General, Neuroanatomía-Neurofisiología; Neuropatología; Neurocirugía, Neurología y Neurorradiología.

Estos exámenes se presentaban cada uno frente a tres sinodales y todos ellos eran de tipo oral. Con el paso del tiempo el examen se ha modificado y en la actualidad se ha prescindido de examinar en Cirugía General y los exámenes de Neuroanatomía-Neurofisiología y Neuropatología se hacen de tipo escrito y pueden ser sustentados por los residentes durante el tercer o cuarto año de su residencia. Por otro lado en la actualidad el examen de Neurocirugía se realiza de forma escrita y oral, los exámenes de Neuroimagen (antes Neurorradiología), Neurología Clínica y Neurocirugía continúan siendo de tipo oral y los residentes de la especialidad pueden presentarlo al finalizar su quinto año de residencia.

Para aquellas personas que se han retrasado en presentar su examen o que han hecho su adiestramiento en el extranjero el consejo pide la presentación del examen completo.

El Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, es uno de los fundadores del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas A.C. (CONACEM), creado por decreto presidencial en el año de 1995. Esta es una instancia tripartita conformada por la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Cirugía y el Grupo de Consejos de Especialidades Médicas pertenecientes al CONACEM. En la actualidad es el CONACEM el encargado de expedir los diplomas de especialidad de acuerdo con cada uno de los consejos que los conforman.

El Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, hasta el momento ha examinado y aprobado más de un millar de neurocirujanos. Desde el año de 1995 expide las recertificaciones correspondientes dado que el certificado y los recertificados tienen por ley una vigencia de cinco años.

El CMCN está conformado por una Mesa Directiva integrada por el Presidente, el Vicepresidente, el Secretario y el Tesorero. El cuerpo de Consejeros lo integran neurocirujanos que están involucrados en la enseñanza de la Cirugía Neurológica.

## **En la actualidad están reconocidos por el CMCN los siguientes hospitales:**

### **Ciudad de México**

- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"
- Hospital General de México. S.S.A
- Hospital Juárez de México. S.S.A
- Hospital de Especialidades.
- Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS
- Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS
- Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE
- Hospital Regional "Adolfo López Mateos" ISSSTE
- Hospital Central Sur de Alta Especialidad. PEMEX
- Hospital Central Militar. SEDENA
- Hospital Regional "1º de Octubre" ISSSTE

### **Guadalajara, Jalisco**

- Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"
- Hospital Civil Nuevo de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
- Centro Médico de Occidente. IMSS
- Hospital Regional "Valentín Gómez Farías". ISSSTE

### **Monterrey, Nuevo León**

- Hospital Universitario "José Eleuterio González"
- Hospital de Especialidades 25. IMSS

### **Toluca, Estado de México**

- Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". ISEM

### **Durango, Durango**

- Hospital General 450

### **Veracruz**

- Hospital No. 14, del Centro Médico

Por acuerdo de la Dirección General de Profesiones las Cédulas de Neurocirugía Pediátrica y Terapia Endovascular Neurológica, se expedirán a las personas que demuestren haber presentado y aprobado un examen de conocimientos ante el CMCN.

Por lo arriba anotado, el CONACEM hizo este nuevo lineamiento de la Dirección General de Profesiones y sugirió la necesidad de crear, los Capítulos de Neurocirugía Pediátrica y Terapia Endovascular Neurológica.

### **Neurocirugía Pediátrica**

- Hospital Infantil de México SSA
- Instituto Nacional de Pediatría SSA
- Hospital de Pediatría CMN SXXI IMSS
- Hospital General del CMN La Raza IMSS

### **Terapia Endovascular Neurológica**

- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"
- Hospital Juárez de México. S.S.A
- Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS
- Hospital Universitario "José Eleuterio González"

# • PROCEDIMIENTOS, REQUISITOS Y TRÁMITES.

## EXÁMENES.

### I.- PRIMERA PARTE.

#### **Examen escrito de Neuroanatomía y Neurofisiología. Neuropatología.**

Esta parte del examen, podrá ser presentado por residentes al término de su tercer años de residencia, con los siguientes requisitos. (Anexo 1).

- 1.Llenar formato de solicitud y declaración de principios (se adjuntan en el anexo)
- 2.Copia de Título de Médico Cirujano
- 3.Copia de Cedula Profesional
- 4.Copia de revalidación de estudios de medicina en el caso de ser extranjero o mexicano con estudios en el extranjero.
- 5.Bitácora de actividades durante su residencia (Se adjunta formato)
- 6.Carta del Jefe de Servicio o Profesor del curso indicando en qué año se encuentra de la residencia (al final o término del tercer año)
- 7.Dos fotografía de frente de 5x5 cm. (Vestimenta formal)
- 8.Ficha de depósito con el pago de la cuota correspondiente.

### II.- SEGUNDA PARTE.

#### **Examen escrito de Neurología, Neuroimagen y Neurocirugía, examen oral de Neurocirugía**

Esta se podrá presentar al término de la residencia y hasta un año después de la misma y sólo en el caso de que haya presentado y aprobado la primera parte, y que cumpla con los siguientes requisitos solicitados. (Anexo 2).

- 1.Llenado de los formatos de solicitud de certificación y declaración de principios (se adjuntan en el anexo)
- 2.Bitácora de sus actividades y procedimientos realizados durante su residencia.
- 3.Copia de CURP y RFC.
- 4.Resumen de curriculum vitae de los últimos 5 años. Con copias de documentos comprobatorios de sus actividades relacionadas con la especialidad.
- 5.Dos cartas de recomendación de neurocirujanos certificados.
- 6.Carta del Profesor Titular o Jefe de Servicio, indicando que se encuentra próximo a terminar su residencia.
- 7.Carta del Profesor Titular o Jefe de Servicio, en la cual asigna la calificación (aprobado o no aprobado) en el examen práctico.
- 8.Dos fotografías recientes de frente, blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas. (Vestimenta formal, hombres con traje y corbata).
- 9.Si ya terminó la residencia y dentro de un lapso de tiempo máximo de un año, copia de Título de Neurocirugía y copia de cédula de especialidad (en el caso de tenerla).
- 10.Copia de la ficha de depósito con el pago de la cuota correspondiente.

### **III.- EXAMEN COMPLETO.**

#### **Examen escrito de Neuroanatomía - Neurofisiología, Neuropatología, Neurología, Neuroimagen, Neurocirugía y examen oral de Neurocirugía.**

Este examen podrá ser presentado por neurocirujanos al término de su residencia, o neurocirujanos que hayan presentado y acreditado la primera parte del examen y hayan dejado pasar más de un año sin presentar la segunda parte, que cumplan con los requisitos solicitados. (Anexo 3).

1. Llenar y firmar formatos de solicitud de certificación y declaración de principios. ( se adjuntan en el anexo 3).
2. Copias del Título de Médico Cirujano y Título de Neurocirujano.
3. En el caso ser extranjero o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de medicina y neurocirugía.
4. Copia de su curriculum vitae, con documentos comprobatorios, de los últimos 5 años, relacionados con su actividad en la neurocirugía, NO ENGARGOLAR.
5. Copia de cedula profesional de Médico Cirujano.
6. Copia de cedula profesional de Especialidad (en caso de tenerla)
7. Copia de CURP y RFC.
8. Dos cartas de recomendación de Neurocirujanos Certificados.
9. Dos fotografías recientes de frente blanco y negro sin retoque, en papel mate, de 9x6 ovaladas. (Vestimenta formal y hombres con traje y corbata)
10. Copia de ficha de depósito con el pago de la cuota correspondiente.

### **IV.- EXAMEN PARA REVALIDACIÓN DE CERTIFICACIÓN.**

En este examen podrán participar los neurocirujanos certificados, que no se hayan recertificado al término de la última vigencia de su certificado (5 años) o que no reúnan el puntaje solicitado para su recertificación por currículum, de acuerdo a los lineamientos establecidos para esta modalidad.

Deberán presentar el examen de la segunda parte de la certificación. (Anexo 2)

#### **Requisitos:**

1. Elaborar y firmar la solicitud de recertificación y declaración de principios (se adjuntan en anexo 2)
2. Copias de Título de Médico Cirujano y copia de Título de Neurocirugía y de la última certificación.
3. Copias de la cedula profesional de Médico Cirujano y de Neurocirugía (en el caso de tenerla).
4. Copias de CURP y RFC.
5. Dos cartas de recomendación de neurocirujanos certificados.
6. Dos fotografías recientes de frente, blanco y negro sin retoque, papel mate, de 9x6 ovaladas. (Vestimenta formal, hombres con traje y corbata).
7. Copia de ficha de depósito, con el pago de la cuota correspondiente.

## **V.- RECERTIFICACIÓN POR CURRICULUM.**

En este proceso podrán participar los neurocirujanos certificados, que antes (3 meses), del vencimiento de su última certificación, soliciten y envíen la documentación solicitada y que comprueben tener el mínimo de los puntos solicitados en actividades de docencia, investigación y participación en actividades de la especialidad, y cumplan con lo requisitos solicitados, (Anexo 4).

### **Requisitos:**

**La siguiente documentación, debe de estar en la oficina del Consejo 90 días antes de la fecha de vencimiento de su CERTIFICADO, pasando la fecha de vencimiento tendrá que presentar REVALIDACIÓN POR EXAMEN (segunda parte).**

- 1.- Carta solicitando la revisión de los documentos para trámite de recertificación dirigida al Dr. Fernando Rueda Franco, vicepresidente del Consejo Mexicano de
- 2.- Cirugía Neurológica.
- 3.- Curriculum de los últimos cinco años resumido (Relación y copia de las constancias, sin engargolar)
  - Mencionar su Hospital de egreso de Neurocirugía
  - Enviar constancia de los hospitales donde labora público y privado.
- 4.- Copia de la Cédula de Especialista
- 5.- Copia de su última Certificación.
- 6.- Copia de la Cédula de Médico Cirujano
- 7.- Copia del CURP.
- 8.- Copia del RFC.
- 9.- Comprobante de pago.
- 10.- 2 fotos con las siguientes especificaciones: Tamaño 9 x 6 cm, ovaladas, blanco y negro mate, sin retoque, sin nombre al reverso, (en caso de ser digitales favor que sean de la más alta calidad).

## **VI.- DE LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS.**

- El especialista que apruebe el examen y/o la validación de su certificación de acuerdo a los estatutos del consejo, recibirá el certificado, una vez cumplido con los requisitos y pagos correspondientes.
- El certificado y/o la renovación de la vigencia otorgada por el Consejo, señalará el periodo de vigencia del mismo (5 años).

## **VII.- RECONOCIMIENTO DE CURSOS Y CONGRESOS PARA FINES DE RECERTIFICACIÓN.**

Los requisitos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A. C. para adquirir el reconocimiento de cursos como actividad de la educación médica continua son:

- Cursos avalados y /o organizados, por alguna sociedad de neurocirugía, institución educativa o sede hospitalaria con tema de neurocirugía o especialidades afines.
- Carta solicitud en hoja membretada del organismo que organiza el curso. Dirigida al presidente del CMNC. El documento deberá ser enviado a las oficinas del consejo por lo menos 30 días de anticipación.
- Anexar programa desglosando las horas y la lista de profesores.
- Todos los profesores neurocirujanos mexicanos, deberán tener certificación vigente
- Enviar un original de la constancia o diploma que se va a entregar en el evento, que no deberá tener impreso los logos o nombres de empresas farmacéuticas o casas comerciales.
- El CMCN, no avalará ni reconocerá ni otorgará puntos a eventos organizados por la industria farmacéutica o casa comerciales.

El comité organizador del evento deberá mandar la relación de todos los médicos neurocirujanos asistentes máximo en un mes posterior al término del evento, en caso de no recibirlo en este tiempo, el curso perderá su registro ante el CMNC y no podrá utilizarse con fines de recertificación.

En relación a talleres o cursos de capacitación, las claves de estos deberán ser enviadas por cada taller o curso impartido, aunque sea el mismo profesorado, solamente por el hecho del cambio de fecha, ya que no se reconocerán los cursos o talleres que tengan la misma clave.

Cada neurocirujano deberá recabar sus documentos que acrediten los puntos por evento (Cursos, Congresos, Talleres, Sesiones etc.), para reunir los puntos que le serán reconocidos o acreditados por el consejo en un periodo de 5 años, con fines de certificación. (de acuerdo con el listado del consejo)

El CMCN no organiza, ni invita a cursos, solamente otorga el reconocimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos de calidad académica que requiere el consejo, por lo tanto en el caso de que se apruebe y otorgue el reconocimiento al curso solicitado, el consejo emitirá una carta donde se informe al comité organizador que deberá imprimir en sus constancias o diplomas la siguiente leyenda:

**“curso reconocido por el Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, con un total de \_\_\_\_\_ puntos de valor curricular para fines de recertificación”**

**El CMCN A.C. no realizará ningún cobro por otorgar el reconocimiento de los cursos.**



## **VIII.- DE LA ACREDITACIÓN O RECONOCIMIENTO DE HOSPITALES.**

El CMCN podrá otorgar el aval o reconocimiento a las instituciones hospitalarias para la formación de especialistas en neurocirugía o alguna de sus subespecialidades, para lo cual se deberá cumplir con:

- 1.- Solicitud por escrito dirigida al presidente del consejo, por parte del Jefe de Servicio o profesor del curso de la especialidad de neurocirugía, con el aval del jefe del jefe o director de Enseñanza del hospital solicitante.
- 2.- Anexar a esta solicitud la documentación que el consejo pide para este trámite:
  - a. Directorio del personal directivo del hospital solicitante.
- 3.- Conformación del Servicio de Neurocirugía:
  - a. Jefe del Servicio
  - b. Profesor Titular del curso.
  - c. Profesores Adjuntos
  - d. Todos ellos deberán estar certificados por el CMCN A.C.
- 4.- Programa del curso de Neurocirugía, que debe ser de cinco años de neurocirugía, con un año previo de cirugía general. Esta residencia y programa debe tener en aval y reconocimiento de una institución de enseñanza superior.
  - a. Programa Operativo de su Curso, (Neurología Clínica, Neurocirugía Pediátrica, Neurotraumatología, etc)
  - b. Estructura física e indicadores médicos del servicio.
  - c. Número de camas.
  - d. Número de Quirófanos para el servicio.
  - e. Número de camas en la unidad para TMI
  - f. Número de camas en la unidad para recuperación postoperatoria.
  - g. Existencia de comités de infecciones nosocomiales, bioética, mortalidad.
  - h. Número de cirugías por año.
  - i. Porcentaje de infecciones quirúrgicas, número de autopsias por año.
  - j. Sesiones académicas.
  - k. Publicaciones.
  - l. Auxiliares y apoyos de diagnóstico con los que cuenta la unidad Neurofisiología (EEG, EMG, potenciales evocados, etc.)
  - m. Neuroimagen: TCC, R.M. Radiología simple de cráneo y columna.
  - n. Laboratorio clínico
  - o. Servicio de Patología con Neuropatología.
- 5.- El comité de hospitales del consejo, revisará la documentación enviada y en el caso de ser aceptada, informará al presidente y se programa una visita del comité, al servicio solicitante. Posterior a esta visita el comité emitirá y comunicará al presidente del consejo, el resultado de su visita. El resultado de la visita y evaluación del servicio, será comunicado por escrito por parte del presidente del Consejo, al jefe del servicio y/o profesor del curso, con copia al departamento de enseñanza de la institución Solicitante.

## **IX.- DE LAS INCONFORMIDADES Y QUEJAS.**

- Será presentada por el interesado, por escrito y dirigida al presidente del consejo.
- Deberá explicar los motivos de la misma.
- El presidente del consejo la remitirá al comité correspondiente (comité de inconformidades y quejas)
- El comité de quejas, junto con el presidente y secretario del consejo, analizan y evalúan la queja o inconformidad emitiendo un dictamen.
- Si la inconformidad, queja o solicitud de revisión, es procedente se emitirá una respuesta en donde se señalan las correcciones a realizar o revisión de examen y se fijará un término para ello, esta respuesta se hará del conocimiento del solicitante.
- Si no procede, se comunicará al médico la improcedencia de su queja así como los fundamentos de la misma.

**NOTA:** Este manual podrá ser revisado y modificado cuando así lo indique la mesa directiva y/o a sugerencia o indicaciones de la CONACEM.

Para información relacionada con los requisitos para examen de certificación o lo anotado en este manual, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos:

**5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626.**

**correo: [consejomxciugianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxciugianeurologica@gmail.com)**

## • COMITÉS

**Comité de exámenes.** Estará integrado por tres Consejeros Activos nombrados por el Presidente en funciones para redactar los reactivos aplicables de los exámenes escritos de: Neuroanatomía-Neurofisiología, Neuropatología, Neurocirugía, Neurología y Neuroimagen

Todos los Consejeros Activos, actuarán como sinodales en los exámenes para certificación y recertificación.

El Presidente y el Secretario del CMCN podrán nombrar o autorizar a sinodales invitados que no sean miembros del Consejo, tantos como sean necesarios para la organización adecuada de dichos exámenes.

**Comité de Credenciales.** El presidente designará tres Consejeros para integrar el Comité de Credenciales que será presidido por uno de ellos. Este comité será convocado por el secretario para que conozca, estudie y dictamine sobre las solicitudes de certificación y vigencia confirmando que se satisfagan los requisitos fijados por el Consejo.

**Comité de Vigencia de Especialidad.** (Recertificación). Estará integrado por el Presidente, el Vicepresidente que será el responsable y el Secretario. El mecanismo para la expedición de constancias de recertificación que deberán emitirse cada cinco años de acuerdo con las recomendaciones del CONACEM.

**Comité de Honor y Justicia:** Estará integrado por cuatro expresidentes activos de la asociación y nombrados por el presidente al inicio de su gestión. Su función será analizar los conflictos que involucren a la asociación ya sea interna o externamente.

**Comité de Bioética:** Estará integrado por cuatro miembros activos que el presidente considere adecuados. Su función es promover los valores de la asociación y en su caso podrá apoyar al Comité de Honor y Justicia.

La Junta de Directores puede nombrar tantos otros comités como le sean necesarios.



## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACION 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 Título de Médico Cirujano
- **Copia** de Cédula de Médico Cirujano
- **Copia** de revalidación de estudios de medicina en el caso de ser extranjero
- **Bitácora**
- Carta del jefe del Servicio o Profesor Titular del curso indicando en que año de la residencia se encuentra. (Al final del 3<sup>er</sup> año)
- 2 fotografías de frente de 5 X 5 cm.\* (Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)

**NOTA:** Favor de mandar la documentación en un folder color AMARILLO con nombre, en orden como se indica lo anterior y las fotos en un sobre pequeño color blanco con el nombre al reverso.

#### MATERIAS PARA PRESENTAR EN EXAMEN "PRIMERA PARTE"

- |                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| • NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA | (ESCRITO) |
| • NEUROPATOLOGÍA                  | (ESCRITO) |

---

**La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, después de esa fecha, no se aceptará ningún registro.**

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos: 5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626 o al correo: [consejomxcirugianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirugianeurologica@gmail.com)



**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), 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 DE ESTE.**

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

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Señor Doctor  
José Manuel Muñoz Tagle  
Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.  
P r e s e n t e

Estimado Doctor Muñoz:

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 CIRUGÍA NEUROLOGICA A.C.**  
**BITACORA**

Nombre de residente: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

| CIRUGIAS                                 |          |          |          |          |          |          |          |          | CIRUGIAS<br>TOTALES |
|------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|
|                                          | R        |          | R        |          | R        |          | R        |          |                     |
|                                          | Cirujano | Ayudante | Cirujano | Ayudante | Cirujano | Ayudante | Cirujano | Ayudante |                     |
| SDVP                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Ventriculostomías                        |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Craniectomías                            |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Hematomas subdurales y<br>epidurales     |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Aneurismas                               |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| MAV'S                                    |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Tumores intracraneales                   |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Tumores espinales                        |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Cirugía Funcional (dolor<br>y epilepsia) |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Columna                                  |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Abscesos y empiernas                     |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| Otros (traqueotomía)                     |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
| TOTAL                                    |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |
|                                          |          |          |          |          |          |          |          |          |                     |

| DESTREZA            |   |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|---|
|                     | R | R | R | R |
| Venodisecciones     |   |   |   |   |
| Catéteres Centrales |   |   |   |   |
| Punciones Lumbares  |   |   |   |   |

| HISTORIAS CLINICAS |   |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|---|
|                    | R | R | R | R |
|                    |   |   |   |   |

| ASISTENCIA A SESIONES                                   |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Clinicopatológica                                       |  |  |  |  |
| Corte de cerebro                                        |  |  |  |  |
| Interinstitucional                                      |  |  |  |  |
| Biográfica y morbimortalidad<br>Programación quirúrgica |  |  |  |  |

| CONSULTA EXTERNA |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|
|                  |  |  |  |  |
| Neurológica      |  |  |  |  |
| Neuroquirúrgica  |  |  |  |  |

**CURSOS POR AÑO Y CALIFICACIONES**

|   |  |
|---|--|
| R |  |
|   |  |
| R |  |
|   |  |
| R |  |
|   |  |
| R |  |
|   |  |

**TRABAJOS PUBLICADO**

Firma del Residente

Firma del Jefe de Servicio o Profesor Titular del Curso





## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA A.C.

### SEGUNDA PARTE

Llenar formato de:  
Firmar carta de:

Solicitud de Certificación (Adjunta)  
Declaración de Principios (Adjunta)

#### Presentar:

1. Bitácora
2. Copia del CURP
3. Copia del RFC
4. Copia de Curriculum-Vitae. (con documentos comprobatorios y en archivo electrónico anexo de los últimos 5 años)
5. Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
6. Carta del Profesor Titular del Curso o jefe del Servicio, informando que termina su residencia en febrero.
7. Carta del Profesor Titular del Curso o jefe del Servicio, en la cual asigna la calificación (aprobado o no aprobado) en el examen práctico.
8. 2 fotografías recientes de frente, blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas \*(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)
9. Si ya termino la residencia deberá ser con un lapso máximo de un año.
  - a. Copia del Título de Neurocirugía
  - b. Copia de Cédula de Especialista

**NOTA:** Favor de mandar la documentación en un folder color verde con nombre, en orden como se indica lo anterior y las fotos en un sobre pequeño blanco con el nombre al reverso.

---

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, después de esa fecha, no se aceptará ningún registro.

#### MATERIAS PARA PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

- |                |                |
|----------------|----------------|
| • NEUROCIRUGÍA | ORAL - ESCRITO |
| • NEUROLOGÍA   | ESCRITO        |
| • NEUROIMÁGEN  | ESCRITO        |

(Examen ORAL, con tiempo de duración de 60 minutos)

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos:  
5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626 al correo: [consejomxcirurgianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)



# CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

NOMBRE (S) : \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

CEDULA DE MEDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_ CEDULA DE ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

### **DIRECCIÓN:**

CALLE: \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN/MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

**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:**

CALLE: \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN/MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELÉFONO (S) : \_\_\_\_\_

PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

### **ESTUDIOS PROFESIONALES:**

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

FECHA DE GRADUACION \_\_\_\_\_ TITULO DE: \_\_\_\_\_

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

ADISTRAMIENTO 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

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante



**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.**  
**DATOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE NEUROCIRUGÍA**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE (S): \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

CEDULA DE MÉDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_

CEDULA DE ESPECIALISTA DE NEUROCIRUJANO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD-. \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

HOSPITAL PRIVADO DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

Señor Doctor  
José Manuel Muñoz Tagle  
Presidente del  
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.  
P r e s e n t e

Estimado Doctor Muñoz:

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.

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

NOMBRE (S) : \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

CEDULA DE MEDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_ CEDULA DE ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

### **DIRECCIÓN:**

CALLE: \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN/MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

**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:**

CALLE: \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN/MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELÉFONO (S) : \_\_\_\_\_

PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

### **ESTUDIOS PROFESIONALES:**

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

FECHA DE GRADUACION \_\_\_\_\_ TITULO DE: \_\_\_\_\_

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

ADISTRAMIENTO 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

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

**CURSOS POR AÑO Y CALIFICACIONES**

|   |  |
|---|--|
| R |  |
|   |  |
| R |  |
|   |  |
| R |  |
|   |  |
| R |  |
|   |  |

**TRABAJOS PUBLICADOS**

Firma del Residente

Firma del Jefe de Servicio o Profesor Titular del Curso





## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLÓGICA.

### EXAMEN COMPLETO

Llenar formato de:  
Firmar carta de:

Solicitud de Certificación (Adjunta)  
Declaración de Principios (Adjunta)

### Presentar:

- **Copia** de Título de Médico Cirujano
  - **Copia** de Título de Neurocirugía
  - **Copia** su Curriculum-Vitae con documentos comprobatorios de los últimos 5 años, relacionados a su actividad en la neurocirugía **(NO ENGARGOLAR)**
  - En el caso de ser extranjero, o mexicano con estudios en el extranjero, **copia de revalidación de estudios de medicina y de neurocirugía.**
  - **Copia** de Cédula de Profesional de Médico Cirujano
  - **Copia** de Cédula de Especialista (en caso de tenerla)
  - **Copia** del CURP
  - **Copia** del RFC
  - Dos cartas de recomendación de dos Neurocirujanos Certificados
  - 2 fotografías recientes de frente de 5 X 5 cm.
  - 2 fotografías recientes de frente blanco y negro sin retoque en papel mate de 9x6 ovaladas
- \*(Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata)

**La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 45 días antes de la fecha del examen, después de esa fecha, no se aceptará ningún registro.**

---

### MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "PRIMERA PARTE"

- |                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| • NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA | (ESCRITO) |
| • NEUROPATOLOGÍA                  | (ESCRITO) |

### MATERIAS POR PRESENTAR EN EXAMEN "SEGUNDA PARTE"

- |                |                |
|----------------|----------------|
| • NEUROCIRUGÍA | ORAL - ESCRITO |
| • NEUROLOGÍA   | ESCRITO        |
| • NEUROIMAGEN  | ESCRITO        |

**(Examen ORAL, con tiempo de duración de 60 min)**

Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a las oficinas del Consejo a los teléfonos:  
5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626 o al correo: [consejomxcirugianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirugianeurologica@gmail.com)



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

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_  
R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
CEDULA DE MEDICO CIRUJANO \_\_\_\_\_ CEDULA DE ESPECIALISTA \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
GENERO \_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**

CALLE \_\_\_\_\_  
NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_  
DELEGACIÓN/MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_.

**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:**

CALLE \_\_\_\_\_ NO. EXT. \_\_\_\_\_ NO. INT. \_\_\_\_\_  
COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN/MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TELÉFONO (S \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

**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 de solicitante





**CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.**  
**DATOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL CERTIFICADO DE NEUROCIRUGÍA**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

R.F.C: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

CEDULA DE MÉDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_

CEDULA DE ESPECIALISTA DE NEUROCIRUJANO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD:  
\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA:  
\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

HOSPITAL PRIVADO DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021

Señor Doctor  
José Manuel Muñoz Tagle  
Presidente Del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.  
Presente

Estimado Doctor Muñoz:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar **EXAMEN COMPLETO** 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 COMPLETO Y FIRMA**



*Consejo Mexicano De Cirugía Neurológica, A.C.*

## **RECERTIFICACIÓN**

La siguiente documentación, debe de estar en la oficina del Consejo 90 días antes de la fecha de vencimiento de su CERTIFICADO, pasando la fecha de vencimiento tendrá que presentar REVALIDACIÓN POR EXAMEN, (segunda parte).

Anexar:

1. Carta solicitando la revisión de los documentos para trámite de recertificación dirigida al Dr. Fernando Rueda Franco, vicepresidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.
2. Curriculum de los últimos cinco años resumido (Relación y copia de las constancias, sin engargolar).
  - a. Mencionar su Hospital de egreso de Neurocirugía
  - b. Enviar constancia de los hospitales donde labora público y privado.
3. Copia del Título de Neurocirugía
4. Copia de la Cédula de Especialista
5. Copia de su última Certificación.
6. Copia de la Cédula de Médico Cirujano
7. Copia del CURP.
8. Copia del RFC.
9. Comprobante de pago.
10. 2 fotos con las siguientes especificaciones: Tamaño 9 x 6 cm, ovaladas, blanco y negro mate, sin retoque, sin nombre al reverso, (en caso de ser digitales favor que sean de la más alta calidad).

Cuenta:

A nombre del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

### DATOS BANCARIOS

BANAMEX —————> 4877563  
SUCURSAL —————> 575  
CLABE —————> 002180057548775632  
MONTO —————> \$ 4,290.<sup>00</sup>

Si se requiere factura, favor de anexar sus datos fiscales junto con su comprobante de pago