



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

## **CERTIFICACION EN NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA**

A. - NEUROCIRUJANOS QUE HAYAN CURSADO LA RESIDENCIA DE NEUROCIRUGIA PEDIATRICA EN LAS SEDES RECONOCIDAS POR EL CONSEJO, A PARTIR DEL AÑO 2018.

### **Documentos:**

- 1.- Solicitud de Certificación
- 2.- Declaración de Principios
- 3.- Carta del Profesor del Curso, donde se indique que el solicitante fue aprobado en sus exámenes y que termina su residencia en el mes de febrero, de año correspondiente
- 4.- Copia del Diploma de Neurocirugía Pediátrica (UNAM) (En caso de tenerlo)
- 5.- Copia del Diploma del Hospital donde se realizó la residencia.
- 6.- Copia de la Cédula de Neurocirugía Pediátrica (En caso de contar con la misma)
- 7.- Copia de la Certificación Vigente de Neurocirugía General
- 8.- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque papel mate 9 x 6, ovaladas.  
(Damas vestimenta formal. Caballeros con traje y corbata).
- 9.- Comprobante de Pago

B.- LOS NEUROCIRUJANOS QUE EFECTUARON EL ADIESTRAMIENTO DE LA ESPECIALIDAD EN EL EXTRANJERO, SE LES SOLICITARÁ CONSTANCIA DE HABER HECHO UN MÍNIMO DE UN AÑO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO CON RECONOCIMIENTO EN LA FORMACIÓN DE NEUROCIRUJANOS PEDIÁTRICOS

### **Documentos:**

- 1.- Solicitud de Certificación
- 2.- Declaración de Principios
- 3.- Copia del Diploma expedido por la institución correspondiente
- 4.- Copia de la Certificación Vigente de Neurocirugía
- 5.- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque papel mate 9 x 6, ovaladas.  
(Damas vestimenta formal. Caballeros con traje y corbata)
- 6.- Comprobante de Pago

C.- LOS NEUROCIRUJANOS QUE NO CUMPLAN CON NINGUNO DE LOS CRITERIOS ARRIBA ANOTADOS, PERO QUE SE ENCUENTREN PRACTICANDO LA NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA POR UN LAPSO MÍNIMO DE 5 AÑOS Y TENGAN EL AVAL DEL HOSPITAL DONDE LABORAN, ASÍ COMO DE DOS NEUROCIRUJANOS DE SU ENTORNO. ENTREVISTA CON EL COMITÉ DEL CAPÍTULO.

**Documentos:**

- 1.- Solicitud de Certificación
- 2.- Declaración de Principios
- 3.- Carta del Hospital y de los Neurocirujanos que lo avalan.
- 4.- Copia de la Certificación Vigente de Neurocirugía
- 5.- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque papel mate 9 x 6, ovaladas.  
(Damas vestimenta formal. Caballeros con traje y corbata)
- 6.- Comprobante de Pago

**El Certificado tendrá una validez de cinco años y deberá ser presentado al momento de solicitar la recertificación.**

**Es importante aclarar que la Dirección General de Profesiones ya no emite cédula de neurocirujano pediatra a no ser que se haya presentado el examen del Consejo correspondiente.**

**Materias a Examinar:**

- **Neurología Pediátrica**
- **Neuroimagenología Pediátrica**
- **Neurocirugía Pediátrica**

**A t e n t a m e n t e**

Dr. José Antonio Soriano Sánchez  
**Presidente**

Dr. Fernando Rueda Franco  
**Vicepresidente**  
**Coordinador del Comité de Neurocirugía Pediátrica**



# Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

## CAPÍTULO DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2022.

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

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

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

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO \_\_\_\_\_ CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_\_

CÉDULA DE ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

GÉNERO \_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

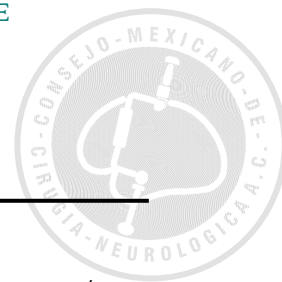
### ESTUDIOS PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE "NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA"

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

FECHA DE GRADUACIÓN: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE \_\_\_\_\_ HOSPITAL DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

**ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON ACENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS, YA QUE EN CASO DE  
CONCEDERSE EL CERTIFICADO APARECERÁ COMO LO INDIQUE**



El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C, en el **Capítulo de Neurocirugía Pediátrica**, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2022.

Señores Doctores

**José Antonio Soriano Sánchez**

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.

**Fernando Rueda Franco**

Coordinador del Capítulo de Neurocirugía Pediátrica del CMCN, A.C.

**PRESENTE**

Estimados Doctores:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C, Capítulo de Neurocirugía Pediátrica** se me conceda presentar el "**EXÁMEN DE CERTIFICACIÓN EN NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA**", en vista de que creo cumplir con los requisitos señalados en el inciso \_\_\_\_\_ de la convocatoria respectiva.

En caso de otorgarse la certificación correspondiente estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C. aceptaré la negativa de la certificación por no reunir los requisitos y me comprometo a devolver dicha certificación 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., (Capítulo Neurocirugía Pediátrica) 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

---

**Nombre completo y firma de conformidad**



# CUENTA BANCARIA

Nombre - Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

**Si se requiere factura, favor de anexar su Constancia Fiscal junto con su comprobante de pago.**

**Para información relacionada con el costo del examen, comunicarse a la oficina del Consejo a los teléfonos:**

**5515190534 \* 5515190554 \* 5522588626**

**de lunes a viernes de 11:00 a 16:00hrs**

o al correo: [consejomxcirugianeurologica@gmail.com](mailto:consejomxcirugianeurologica@gmail.com)