



# CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC.

## REQUISITOS PARA EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

### SEGUNDA PARTE

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

#### DOCUMENTOS:

- Curriculum-Vitae (con documentos comprobatorios de los últimos 5 años).
- Bitácora
- Carta del Jefe de Servicio o Profesor Titular del curso indicando que termina su residencia en febrero.
- Carta del Profesor Titular del Curso o Jefe de Servicio, en la cual asigna la calificación (APROBADO O NO APROBADO), en el examen práctico.
- Dos cartas de recomendación de Neurocirujanos Certificados Vigentes.
- Curp y RFC
- Dos fotografías recientes con las siguientes especificaciones:
  - a) Blanco y negro, mate y sin retoque.
  - b) Tamaño de 9 x 6 cm.
  - c) Ovaladas.
  - d) Damas vestimenta formal.
  - e) Caballeros con traje y corbata.
- Si ya terminó la residencia deberá ser con un lapso máximo de un año y deberá anexar lo siguiente:
  - a) Copia del Título de Neurocirugía
  - b) Copia de Cédula de Especialista
- Comprobante de pago

#### NOTA:

Favor de mandar la documentación en físico, sin tachaduras, sin engrapar, en el orden como se indica lo anterior, las fotos deben de venir en un sobre blanco con nombre completo, adjuntarse junto con la documentación, ya que no se admitirá su registro hasta que esté completa la documentación.

---

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 "SEGUNDA PARTE"

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

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

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



# CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, AC.

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023.

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

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

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

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

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

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

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

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

### DIRECCIÓN:

CALLE \_\_\_\_\_

Nº EXT \_\_\_\_\_ Nº INT \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN / MUNICIPIO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen será enviada a la dirección electrónica que nos proporcione.**

### DIRECCIÓN DEL TRABAJO (HOSPITAL O CONSULTORIO):

HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO \_\_\_\_\_

HOSPITAL DEL SERVICIO PRIVADO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_

Nº EXT \_\_\_\_\_ Nº INT \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN / MUNICIPIO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

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

**ESTUDIOS PROFESIONALES:**

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

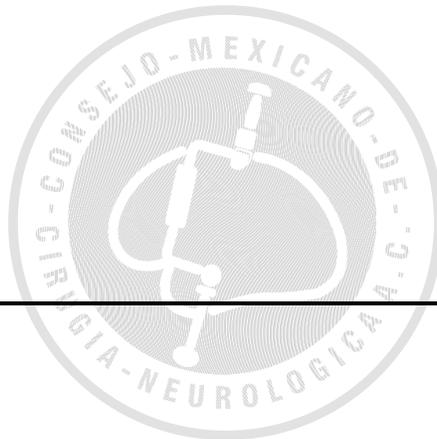
FECHA DE GRADUACIÓN: \_\_\_\_\_ TÍTULO DE \_\_\_\_\_

CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES \_\_\_\_\_

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

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

**ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON AGENTOS, 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, AC, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.**

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

**AVISO DE PRIVACIDAD**

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI NO.47 1er. PISO, colonia NÁPOLES, ciudad MÉXICO, municipio o delegación BENITO JUÁREZ,c.p. 03810, en la entidad de CIUDAD DE MÉXICO, país MÉXICO, utilizarán sus datos personales recabados para: CERTIFICACION y RECERTIFICACION.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer,usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: [www.cmcn.org.mx](http://www.cmcn.org.mx)

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023.

Señor Doctor

**José Antonio Soriano Sánchez**

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.

**PRESENTE**

Estimado Doctor Soriano:

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 este 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 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, y el grado o grados obtenidos en el mismo.

---

**Nombre completo y firma de conformidad**



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

# BITACORA

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

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

CIRUGIAS									CIRUGIAS 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 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				
Programación quirúrgica				

CONSULTA EXTERNA				
Neurológica				
Neuroquirúrgica				

## CURSOS POR AÑO Y CALIFICACIONES

R	
R	
R	
R	

## TRABAJOS PUBLICADOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOMBRE y FIRMA  
DEL RESIDENTE

---

NOMBRE y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO o  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



# CUENTA BANCARIA

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

Banco - BANAMEX

Cuenta - 4877563

Sucursal - 575

Clabe - 002180057548775632

**En caso de requerir 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 10:00 a 16:00 hrs o al correo: [\*\*consejomxcirurgianeurologica@gmail.com\*\*](mailto:consejomxcirurgianeurologica@gmail.com)