



Manual y Requisitos para la Certificación en “TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA”

Fechas y modo de inscripción:

El proceso de examen para la **Certificación en Terapia Endovascular Neurológica** se llevará a cabo de forma semestral en los meses de febrero y octubre de cada año, la convocatoria se publicará 90 días previos a la fecha de examen y la entrega de la solicitud de inscripción y los documentos requeridos se cerrará 40 días antes de la fecha del examen.

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 40 días antes de la fecha del examen, no se aceptarán inscripciones extemporáneas.

Es requisito indispensable para la certificación en **Terapia Endovascular Neurológica** tener **vigente el Certificado en Cirugía Neurológica**.

Candidatos al Examen de Certificación en Terapia Endovascular Neurológica:

- a). Requisitos de Certificación en TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA para Neurocirujanos egresados **antes del 30 Junio 2017**.
- b). Requisitos de Certificación en TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA para Neurocirujanos egresados **después del 30 de junio 2017**.

Documentos Requeridos:

A. Requisitos de Certificación en TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA para Neurocirujanos egresados antes del 30 Junio 2017.

- Solicitud de Certificación (Adjunta)
- Declaración de principios (Adjunta)
- Copia del **TÍTULO UNIVERSITARIO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA DE POR LO MENOS DOS AÑOS DE DURACIÓN.**
- Copia de Cédula en Neurocirugía.

- Certificación Vigente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.
- Copia de Curriculum vitae relacionado con cursos y congresos en Terapia Endovascular Neurológica.
- Bitácora de procedimientos como primer cirujano en la cual deberá incluir firma o aval del profesor titular y/o institución educativa.
- El candidato deberá entrevistarse con el comité del capítulo de Terapia Endovascular Neurológica.
- Dos cartas de recomendación de médicos especialistas en Terapia Endovascular Neurológica.
- Copia del RFC.
- Copia del CURP.
- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque, en papel mate, de 9 X 6, ovaladas (damas vestimenta formal, caballeros con traje y corbata).
- El costo es de \$ 3,626.00
- Enviar el comprobante de depósito

Si los documentos son expedidos en el extranjero es necesario que sean apostillados y revalidados por la Dirección General de Profesiones.

B. Requisitos de Certificación en TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA para Neurocirujanos egresados después del 30 de junio 2017.

- Solicitud de Certificación (Adjunta)
- Declaración de principios (Adjunta)
- Copia de **TÍTULO UNIVERSITARIO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA DE POR LO MENOS DOS AÑOS DE DURACIÓN.**
- Copia de Cédula en Neurocirugía.
- Certificación vigente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.
- Copia de Curriculum vitae relacionado con cursos y congresos en Terapia Endovascular Neurológica.
- Bitácora de procedimientos como primer cirujano en la cual deberá incluir firma o oval del profesor titular y/o institución educativa.
- El candidato deberá entrevistarse con el comité del capítulo de Terapia Endovascular Neurológica.
- Dos cartas de recomendación de médicos especialistas en Terapia Endovascular Neurológica.
- Copia del RFC.
- Copia del CURP.
- Dos fotografías de frente, blanco y negro, sin retoque, en papel mate, de 9 X 6, ovaladas (Damas vestimenta formal, Caballeros con traje y corbata).
- Enviar el comprobante de pago

Si los documentos son expedidos en el extranjero es necesario que sean apostillados y revalidados por la Dirección General de Profesiones.

Modalidad del examen.

El examen será PRESENCIAL

Sede del examen.

- **Modalidad Oral**

Sede del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.
Miami N° 47
Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez
Cp. 03810, Ciudad de México.

La sede podrá cambiar de acuerdo con lo que determine la Junta de Gobierno y el Comité de Exámenes del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

Procedimientos y conductas esperadas.

- **Modalidad Oral**

- 1.- Los sustentantes deberán presentarse media hora antes de la hora de inicio del examen en el sitio indicado en el citatorio que les será enviado vía correo electrónico a la dirección que dieron al momento de su inscripción.
- 2.- Los sustentantes deberán de identificarse mediante un documento oficial vigente (credencial INE o pasaporte) al momento del registro.
- 3.- El sustentante presentará el examen ante los sinodales previamente seleccionados por el Consejo
- 4.- Durante el examen el sustentante tendrá sus artículos electrónicos (teléfono y/o tableta) apagados.
- 5.- El sustentante se deberá conducir en todo momento con orden y respeto hacia los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo, sinodales y consejeros presentes.
- 6.- El código de vestir para presentarse al examen es formal de negocios tanto para mujeres (traje sastre, falda, pantalón de vestir, vestido) como para hombres (traje y corbata estricto).

Temas por evaluar en el Examen en Terapia Endovascular Neurológica, tiempo de evaluación.

- **Modalidad Oral**

Método y tipo de examen.

- **Examen Oral**

Puntaje de calificación y resultados

- **Examen Oral**

- 1.- La calificación del examen oral será con base en 100 (cien) puntos.
- 2.- La calificación mínima aprobatoria para el examen oral será de 70 (setenta) puntos de 100 (cien) posibles.
- 3.- Esta calificación se obtiene con base en promedio de las calificaciones de los módulos presentados.

- **Calificación Final**

- 1.- La calificación final será dada por el promedio de las tres materias examinadas y la calificación mínima aprobatoria es de 70 puntos, se emitirá como CERTIFICADO o NO CERTIFICADO de acuerdo con el resultado obtenido en la calificación numérica

Fecha de publicación de resultados.

Los resultados finales se informarán inicialmente de forma oral por vía telefónica al término de proceso de certificación y de forma escrita mediante correo electrónico en las dos semanas posteriores a la fecha en que finalice dicho procedimiento.

Consecuencias ante malas prácticas por parte del sustentante.

Las siguientes situaciones en que un sustentante incurra serán consideradas como una mala práctica serán motivo de anulación del examen:

- 1.- La usurpación de identidad.
- 2.- Contestar el examen apoyados por o en conjunto con otros sustentantes o personas ajenas al este.
- 3.- Que el sustentante sea identificado copiando o haciendo uso de otros equipos durante el desarrollo del examen.
- 4.- Que el sustentante presente una conducta inadecuada e irrespetuosa contra los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo y consejeros presentes.

Procedimiento para solicitar revisión del examen.

En caso de alguna inconformidad por parte del sustentante con el resultado de su examen deberá enviar una solicitud para la revisión de esta vía correo electrónico al Consejo y a través del mismo medio se le harán llegar sus calificaciones pormenorizadas por cada materia.

Transitorios.

Lo no previsto en este manual y las situaciones particulares serán resueltos por el Comité de Evaluación y la Junta de Gobierno del Consejo.

Costo del Examen.

El costo del examen de Certificación en Terapia Endovascular Neurológica es de **\$3,627.00** pesos mexicanos.

El pago se deberá realizar en la siguiente cuenta:

- 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 de Situación Fiscal actualizada junto con el comprobante de pago y la dirección de correo electrónico a la cual desea que se envíe.



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

CAPÍTULO DE TERAPIA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA “SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN”

_____ a _____ de _____ 202_____

NOMBRE (S)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO / / NACIONALIDAD

ENTIDAD MUNICIPIO

R.F.C. CURP

EDAD GÉNERO ESTADO CIVIL

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO

CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA

CÉDULA DE ESPECIALISTA EN TERAIA ENDOVASCULAR NEURLÓGICA

CELULAR TELÉFONO (S)

CORREO ELECTRÓNICO

ESTUDIOS PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE
"TERAPIA ENDOVASCULARNEUROLÓGICA"

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 Terapia Endovascular Neurológica**, de
acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.



NOMBRE y FIRMA DEL SOLICITANTE

AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI N°.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

Ciudad de México a _____ de _____ 202 _____

Señores Doctores:

Juan Luis Gómez Amador

Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C.

Gustavo Melo Guzmán

Coordinador del Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica del CMCN, A.C.

PRESENTE

Estimados Doctores:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C., Capítulo de Terapia Endovascular Neurológica**, se me conceda el presentar el examen de Certificación en Terapia Endovascular Neurológica de ese Consejo, en vista de que creo cumplir 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 de conformidad