



CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA CRITICA A. C.
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
(Para ser llenado por el aspirante)

Fecha: _____

Datos Personales

Título: _____ Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Cédula Profesional: _____ RFC: _____

CURP: _____

Domicilio Particular

Calle y número: _____ Colonia: _____

Delegación | Municipio: _____ C. P. _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Estudios de Licenciatura

Universidad donde cursó la Licenciatura: _____

Período: _____

Hospital donde realizó el internado de pregrado: _____

Período: _____

Curso de Especialidad

Institución donde realizó la especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico:

Nombre del Hospital: _____

Departamento: _____

Calle y número: _____ Colonia: _____

Delegación | Municipio: _____ C. P. _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono del Hospital: _____ Extensión: _____

Universidad que avala el curso: _____

Nombre y correo electrónico del profesor titular del curso: _____

Años de Residencia

Período

Año de término

Su tesis se encuentra

Terminada

En elaboración

No la ha iniciado

Su Título Universitario de Especialidad

Lo tiene

Está en trámite

No ha iniciado el trámite

¿Ha presentado anteriormente el examen del CMMC? _____

¿Cuántas veces? _____

Institución donde labora actualmente (no llenar si aún es residente)

Nombre del Hospital: _____

Departamento: _____

Calle y número: _____ Colonia: _____

Delegación | Municipio: _____ C. P. _____

Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono del Hospital: _____ Extensión: _____
Turno: _____ Horario: _____

Es importante que los datos estén completos y correctos para que la correspondencia llegue a tiempo y al lugar adecuado

Enviar correspondencia a:

Domicilio Particular Hospital E-mail

La presente solicitud deberá entregarse llena y firmada.

Esta solicitud deberá entregarse en nuestras oficinas personalmente o por medio de paquetería, acompañada de:

- Fotocopia del Título Universitario de la carrera de Medicina.
- Fotocopia de cédula de médico general
- Fotocopia del Título Universitario de la especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Si no se cuenta con él, carta del Profesor Titular del Curso Universitario, en donde se señale que se encuentra cursando el último año de la especialidad.
- El Título Universitario de la Especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico se entregará en un plazo no mayor a 12 (doce) meses de lo contrario se anulará mi resultado del examen y registro
- Original de la ficha de depósito por \$6,000.00 (Seis mil Pesos 00/100 M.N.) a la cuenta No. 3749217 sucursal 7012 de BANAMEX, clabe interbancaria 002180701237492174, a nombre del Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A. C.
- Una fotografía tamaño infantil.
- Dos fotografías tamaño diploma ovaladas, en blanco y negro, de frente, sin retoque, sin peinados que oculten el rostro y en el caso de los varones, con saco y corbata.

Por medio de la presente ACEPTO los siguientes lineamientos en relación con mi solicitud para ser certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A. C.

1. El Diploma de Certificación me será entregado en un plazo no mayor a 60 días hábiles después de haber entregado el Título Universitario de la Especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico.
2. Solicitar recertificación cada 5 años, de lo contrario mi registro será anulado.

Nombre (escrito a mano) y firma