



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

Fecha: _____

Su certificación es para: Medicina Crítica ☐

Medicina Crítica Obstétrica ☐

Datos Personales

Nombre (s): _____ Apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Cedula Medico General: _____ Cédula Medicina Crítica _____

RFC: _____ CURP: _____

Domicilio Particular

Calle y número: _____ Colonia: _____

Alcaldía/ Municipio: _____ C. P. _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Estudios de Licenciatura

Universidad donde cursó la Licenciatura: _____

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 y extensión _____ Horario: _____

ES RESPONSABILIDAD DEL SUSTENTANTE QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA SEA CORRECTA.

• Para iniciar el trámite de solicitud para certificación es necesario registrarse a través del portal electrónico del CMMC en el Sistema de Certificación Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A. C. El acceso se encuentra en www.cmmcritica.org.mx completar y subir toda la documentación e información solicitada.

• Realizar el pago por \$7,000.00 (siete mil pesos 00/100 m. n.) a nombre de CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA CRITICA AC en: BBVA cuenta No. 0120077054 o CLABE Interbancaria 012180001200770542
BANAMEX cuenta No. 3749217 sucursal 7012, CLABE Interbancaria 002180701237492174

IMPORTANTE: En el campo de concepto de pago agregar el número de referencia (Se encuentra en el sistema al realizar su registro). **SIN ESTE REQUISITO EL PAGO NO SERÁ VALIDO.**

Las **facturas** se emiten en el mes corriente en el que se efectuó el pago y se deberá subir a la plataforma el comprobante del pago en el mes correspondiente.

INDISPENSABLE: Entregar en nuestras oficinas de manera personal o enviar por mensajería o correo certificado a la dirección del consejo la siguiente documentación:

- La presente solicitud debidamente llenada y firmada.
- **UNA** fotografía tamaño infantil.
- **DOS** fotografías tamaño diploma ovaladas en **blanco y negro (7cm x 5cm)** con las siguientes características: fondo blanco, recientes (actuales), **SIN** retoque, de frente y orejas descubiertas (**SIN** peinados que oculten el rostro), **SIN** lentes, revelado tradicional (**NO** se aceptarán digitalizadas, **NI** instantáneas), papel fotográfico mate (de preferencia auto adherible), debidamente recortadas, rostro proporcional a la fotografía. Vestimenta formal como a continuación se detalla:
- Vestimenta formal:
 - **Mujeres** : ropa sin estampados, sin adornos, ni accesorios, maquillaje discreto.
 - **Hombres**: saco, camisa y corbata, sin estampados.

En caso de que la impresión sea digital, deberá solicitarlas con las siguientes características:

- Mínimo 12 megapíxeles, impresión de máxima calidad fotográfica, imagen nítida y sin sombras (es decir que no interfiera otro color o luminosidad en la fotografía), en papel fotográfico-mate de preferencia autoadherible.
- **NO SE ACEPTARÁN** fotografías: digitalizadas, y/o escaneadas, pixeladas, borrosas, mal cortadas, instantáneas o fotocopias, color sepia ni verdosas.
- Al reverso de cada foto escribir su nombre (sin dañar o remarcar la fotografía) con lápiz del número 2 ó 2 ½; si utiliza bolígrafo deberá tener cuidado que esté en buen estado, para que no manche ni dañe la fotografía con la tinta.
- Copia del Título Universitario, **en caso de no contar con él**, entregará carta original del Profesor Titular del Curso Universitario, en donde señale que se encuentra cursando el último año de la especialidad.
- Ficha de depósito original por \$7,000.00 (siete mil pesos 00/100 m. n.)

Por medio de la presente **ACEPTO** los lineamientos mencionado en la presente solicitud para ser certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A.C.

- 1.- Deberé entregar el Título Universitario de la Especialidad en Medicina Crítica en un plazo no mayor a 12 (doce) meses a la acreditación del examen de certificación, de lo contrario se anulará mi resultado del examen y registro.
2. Una vez entregado el Título Universitario de la Especialidad en Medicina Crítica al CMMC A.C., mi Certificado me será entregado en un plazo no mayor a 60 días hábiles.
- 3.- Una vez que el certificado se ha elaborado, el médico deberá de acudir a la oficina del CMMC a recogerlo. Después de 60 días hábiles, el CMMC no se hace responsable del Certificado.
- 4.- Solicitar recertificación cada 5 años, de lo contrario mi registro será anulado.

**ACEPTO QUE SI NO SE ENTREGO ESTA DOCUMENTACION A LA FECHA SEÑALADA EN LA CONVOCATORIA
NO PODRE PRESENTAR EL EXAMEN**

Nombre (escrito a mano) y firma