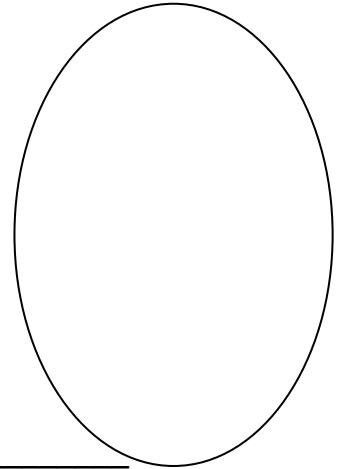




CONSEJO MEXICANO DE ANESTESIOLOGIA, A.C.
Insurgentes Sur 1188-404 Col. T. Del Valle,
Delegación Benito Juárez
C.P. 03100 México, D.F.
Tel. Conmutador 55 75 99 28 Fax 55 75 98 41
E-mail: luis.perez.tamayo@cma.org.mx
consejomexicanodeanestesiologia@cma.org.mx
E-mail: www.cma.org.mx

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**



Fecha _____

El que suscribe Dr (a). _____

Con número de cédula profesional de Licenciado en Medicina emitida por la Dirección General de Profesiones (DGP) _____ solicito voluntariamente ser certificado en

MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Declaro haber cumplido satisfactoriamente con todos los requisitos legales y académicos para la terminación del curso de postgrado en Anestesiología durante los ciclos escolares comprendidos entre _____ y _____ además de haberme capacitado en el área de dolor y cuidados paliativos.

Anexo las constancias o diploma de acreditación en:

- a) El examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, folio número _____
- b) La sede hospitalaria de entrenamiento en Anestesiología _____ dependiente de la Institución del Sector Salud _____.
- c) La Institución de Educación Superior que avaló la especialidad _____
- d) Cédula de especialidad en Anestesiología emitida por la Dirección General de Profesiones número _____
- e) Hospital de entrenamiento en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos durante el periodo comprendido entre _____ y _____.

Atentamente.

Firma _____



CONSEJO MEXICANO DE ANESTESIOLOGIA, A.C.
Insurgentes Sur 1188-404 Col. T. Del Valle,
Delegación Benito Juárez
C.P. 03100 México, D.F.
Tel. Conmutador 55 75 99 28 Fax 55 75 98 41
E-mail: luis.perez.tamayo@cma.org.mx
consejomexicanodeanestesiologia@cma.org.mx
E-mail: www.cma.org.mx

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre: _____

Registro Federal de Causantes _____

Domicilio:

Calle _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia: _____ Delegación política _____

Municipio o localidad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono con clave lada _____

Teléfonos móviles _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Datos académicos curriculares

PREGRADO

Facultad de Medicina o Institución de Educación Superior _____

POSTGRADO

Sede Hospitalaria de Residencia para la especialidad _____

Profesor titular del curso _____

Institución de Educación Superior que avaló el curso _____

Documentos

Copias fotostáticas tamaño carta y documentos originales para cotejar (serán devueltos de inmediato).

1. Acta de Nacimiento o carta de Naturalización
2. Título de la Licenciatura en Medicina
3. Cédula de la Dirección General de Profesiones: Licenciatura en Medicina
4. Cédula de la Dirección General de Profesiones: Especialidad en Anestesiología.
5. Constancia de acreditación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (Residencia posterior a 1990).
6. Diploma institucional o constancia de terminación de especialidad en Anestesiología emitida por el Servicio de Enseñanza.
7. Diploma Universitario de especialidad (Residencia posterior a 1990).
8. Diploma o constancia hospitalaria de acreditación del curso en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
9. Consentimiento voluntario de certificación

Fotografías

Tres tamaño diploma (7 x 5) ovaladas, blanco y negro, traje formal, sin retoque con nombre escrito con bolígrafo en el reverso.

Cuotas de Recuperación

Examen \$3,000.00 (tres mil pesos)

Trámite de certificación \$1,500.00 (mil quinientos pesos)

Diploma del Comité Normativo Nacional de Especialidades Médicas CONACEM \$300.00 (trescientos pesos)

Consejero que revisó, confrontó y aprobó la documentación recibida _____



CONSEJO MEXICANO DE ANESTESIOLOGIA, A.C.
Insurgentes Sur 1188-404 Col. T. Del Valle,
Delegación Benito Juárez
C.P. 03100 México, D.F.
Tel. Conmutador 55 75 99 28 Fax 55 75 98 41
E-mail: luis.perez.tamayo@cma.org.mx
consejomexicanodeanestesiologia@cma.org.mx
E-mail: www.cma.org.mx

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO DE CERTIFICACION

México, D. F. ____ de _____ de 201_.

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA
Presidente del Comité Ejecutivo.
Consejo Mexicano de Anestesiología A. C.
Presente.

Estimado Dr. Dosta:

En conocimiento de la modificación al Artículo 81, de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial Mexicano el 18 de diciembre de 2007, donde se reconoce la importancia del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) respecto al registro de los certificados de certificación y recertificación de los Especialistas Médicos para ejercer profesionalmente en la República Mexicana, solicito de forma voluntaria como especialista en Anestesiología mi deseo de participar en esta segunda promoción curricular del año 2010 y obtener (si cumpla los requisitos) diploma de CERTIFICACION en **MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**.

Manifiesto estar informado (a) que el Consejo Mexicano de Anestesiología, A. C. es uno de los cuarenta y siete Consejos de Especialidad del CONACEM y fue designado para certificar y recertificar anestesiólogos en **MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**.

Estoy enterado que Los Consejos de Especialidad Médica en la República Mexicana son Sociedades Civiles sin fines de lucro y funcionan como **CERTIFICADORAS** para garantizar a la Sociedad Mexicana la competencia profesional y la vigencia académica de los especialistas egresados de los cursos de postgrado avalados por las Instituciones de Educación Superior.

Acepto en el caso de cumplir los requisitos establecidos por el CONACEM y el Consejo Mexicano de Anestesiología, A. C. que el diploma correspondiente tendrá una vigencia de Certificación de **CINCO años** y su renovación será de acuerdo a la normatividad de evaluación vigente a su término.

Atentamente.

DR. (A) _____

Firma _____