



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](mailto:luis.perez.tamayo@cma.org.mx)

[consejomexicanodeanestesiologia@cma.org.mx](mailto:consejomexicanodeanestesiologia@cma.org.mx)

E-mail: [www.cma.org.mx](http://www.cma.org.mx)

## SOLICITUD DE VALORACIÓN

Fecha \_\_\_\_\_

El que suscribe Dr (a). \_\_\_\_\_

Declara haber cumplido satisfactoriamente con todos los requisitos legales y académicos para la terminación del curso de postgrado en Anestesiología dentro de alguna Unidad de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. A su vez solicita voluntariamente realizar los exámenes (escrito y oral) de Certificación como Especialista en Anestesiología para ejercer la especialidad en toda la República Mexicana.

Atentamente.

Firma \_\_\_\_\_

### Datos personales

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

#### 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 cotejados con el original presentados en copias fotostáticas simples, legibles, tamaño carta.

( ) Acta de Nacimiento o carta de Naturalización

( ) Título de la Licenciatura en Medicina

( ) Cédula de Médico Cirujano emitida por la Dirección General de Profesiones

( ) Constancia de acreditación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas

( ) Diploma institucional o constancia con fecha de terminación de especialidad emitida por el Servicio de Enseñanza indicando la Universidad que avala el Curso.

( ) Diploma Universitario de especialidad

### Documentos que acompaña en original

( ) Hoja firmada de aceptación del Aviso de Privacidad.

( ) Carta de recomendación del Jefe de Servicio de Anestesiología del Hospital Sede

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

( ) Comprobante del pago de \$1,500.00 (un mil quinientos pesos) por cada examen (escrito y oral).

EXAMEN ESCRITO ( )

EXAMEN ORAL ( )

SEDE solicitada \_\_\_\_\_

Consejero que revisó y aprobó la documentación \_\_\_\_\_

Favor de llenar a maquina o con letra de molde