



# CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL, A.C.

## Consejo Nacional de Certificación en Medicina General, A.C.

### I.- FICHA DE IDENTIFICACION

#### **NOMBRE:**

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
_____	_____	_____
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	No. CERTIFICADO ANTERIOR

#### **DOMICILIO PARTICULAR:**

_____	_____	_____	
CALLE	NUM. EXT. NUM. INT.	COLONIA	
_____	_____	_____	
CIUDAD	ESTADO	C.P.	TELEFONO(S)

#### **DOMICILIO DONDE PUEDE RECIBIR CORRESPONDENCIA**

_____	_____	_____	
CALLE	NUM. EXT. NUM. INT.	COLONIA	
_____	_____	_____	
CIUDAD	ESTADO	C.P.	E-MAIL:

### II.- ESTUDIOS PROFESIONALES

#### **LICENCIATURA**

_____			
ESCUELA O FACULTAD DONDE ESTUDIO LA LICENCIATURA Y UNIVERSIDAD A LA QUE PERTENECE			
_____			
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
_____	_____		
SITIO DONDE REALIZO EL INTERNADO (LOCALIDAD Y NOMBRE DEL HOSPITAL E INSTITUCION A LA QUE PERTENECE)			
_____	_____		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
_____	_____		
SITIO DONDE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL (COLOQUE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD E INSTITUCION)			
_____	_____		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
_____	_____		
FECHA EN QUE PRESENTO SU EXAMEN PROFESIONAL	TIPO DE EXAMEN (ORAL Y/O ESCRITO)		
_____	_____		
TESIS RECEPCIONAL (ANOTE EL NOMBRE SI REALIZO TESIS)			
_____	_____	_____	_____
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	FECHA DE EXPEDICION	LIBRO Y FOJAS NUM.	REGISTRO EN LA S.S.A.

**PARA LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA DE CERTIFICACIÓN, EN SU CURRÍCULUM FAVOR DE ANEXAR LOS SIGUIENTES APARTADOS INCLUYENDO EXCLUSIVAMENTE LOS QUE SE REALIZARON DE 5 AÑOS A LA FECHA.**

**III. ESTUDIOS DE POSTGRADO:**

ESPECIALIDAD  
MAESTRIA  
DOCTORADO

**IV. OTROS ESTUDIOS REALIZADOS**

DIPLOMADOS

SOLAMENTE SI SON AVALADOS POR UNA INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA SUPERIOR

**V. OTROS TIPOS DE EJERCICIO CLINICO PROFESIONAL**

**TRABAJO CLINICO INSTITUCIONAL ACTUAL**

(ANOTE EL NOMBRE DE LA INSTITUCION TIPO DE NOMBRAMIENTO, DIRECCION Y TELÉFONO)

**EJERCICIO CLINICO PRIVADO ACTUAL**

(ANOTE LA DIRECCION COMPLETA Y TELEFONOS)

ACTIVIDADES DOCENTES:

(ANOTE EL NOMBRE DE LA INSTITUCION, TIPO DE NOMBRAMIENTO, FECHA DE INICIO Y FECHA DE TERMINACION EN ORDEN CRONOLÓGICO, INCLUYA LAS ACTUALES)

(ANEXAR COPIA DE NOMBRAMIENTOS O CONSTANCIAS)

**ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

(ANOTE EL NOMBRE DE LA UNIDAD, INSTITUCION, TIPO DE NOMBRAMIENTO, FECHA DE INICIO Y FECHA DE TERMINACIÓN, INCLUYA LAS ACTUALES) (ANEXAR COPIA DE NOMBRAMIENTOS O CONSTANCIAS)

**ACTIVIDADES DE INVESTIGACION**

(ANOTE EL NOMBRE DE LA UNIDAD, INSTITUCION, TIPO DE NOMBRAMIENTO, FECHA DE INICIO Y FECHA DE TERMINACION EN ORDEN CRONOLÓGICO, INCLUYA LAS ACTUALES)

(ANEXAR COPIA DE NOMBRAMIENTOS O CONSTANCIAS)

**VI. ACTIVIDADES EN ASOCIACIONES MEDICAS**

(ANOTE EL NOMBRE DE LA (S) ASOCIACION (ES), PUESTOS O COMISIONES DESEMPEÑADAS, FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN DE ACTIVIDADES Y DISTINCIONES RECIBIDAS)

**VII. ACTIVIDADES DOCENTES EN:**

CURSOS

CONGRESOS,  
SEMINARIOS  
SIMPOSIA, ETC.

(ANOTE NOMBRE DEL CURSO DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA FECHA DE IMPARTICIÓN, SEDE, DURACIÓN Y TIPO DE NOMBRAMIENTO DOCENTE CON EL QUE PARTICIPO EN EL EVENTO DESCRIBALAS EN ORDEN CRONOLOGICO)

**VIII. EDUCACION MEDICA CONTINUA**

ASISTENCIA A CURSOS,

CONGRESOS,  
JORNADAS,  
SIMPOSIA,  
TALLERES,  
SEMINARIOS, ETC.

(ANOTE EN ORDEN CRONOLOGICO EL NOMBRE DEL EVENTO, FECHA, SEDE Y DURACION EN HORAS)

**IX. PUBLICACIONES**

(ANOTE EL NOMBRE DE LOS AUTORES TITULO DEL ARTICULO REVISTA O LIBRO EN QUE SE PUBLICO, FECHA, NUMERO, VOLUMEN Y EDITORIAL SI FUE EN UN LIBRO)

**X. TRABAJOS PRESENTADOS EN:**

CONGRESOS,  
SIMPOSIA,  
REUNIONES, ETC.

(ANOTE EL NOMBRE DEL TRABAJO Y FECHA DE PRESENTACIÓN)

**XI. TRABAJOS DE INVESTIGACION REALIZADOS**

(ANOTE EL NOMBRE DEL TRABAJO, TIPO DE TRABAJO, AUTORES Y SI FUE PUBLICADO).

**XII. PARTICIPACION COMO ASESOR DE TESIS**

(ANOTE EL NOMBRE DE LA TESIS Y DEL MEDICO AL QUE ASESORO)

**XIII. DISTINCIONES RECIBIDAS**

(ANOTE SI FUE EN DOCENCIA, ASISTENCIA, INVESTIGACIÓN O LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD).

**XIV. ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE Y TIPO DE MEMBRESIA**

**ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS (exclusivamente copias fotostáticas)**

**ESTOS DOCUMENTOS DEBERAN PRESENTARSE DEBIDAMENTE ENGARGOLADOS**

1. 1 Fotografías tamaño Infantil y 2 tamaño Diploma, blanco y negro RECIENTES con ropa formal
2. Título
3. Diploma de especialidad, diplomado, maestría y/o doctorado de acuerdo al caso
4. Acta de Nacimiento
5. Cédula profesional
6. Copia del CURP
7. Constancias de actividades clínicas, docentes, administrativas, de investigación, de participación docente en educación continua
8. Constancias de asistencia a cursos, congresos, reuniones, seminarios, simposia, etc.
9. Copia de la cara frontal de las publicaciones realizadas.
10. Constancia de los trabajos presentados en congresos.
11. Copia de las distinciones recibidas.
12. Copia de la cara frontal de la tesis asesoradas.
13. Copia de la cara frontal del reporte de las investigaciones realizadas.
14. Constancias de las asociaciones a las que pertenece
15. Copia fotostática de última certificación
16. Constancia laboral
17. Currículo reducido por escrito .



**Consejo Nacional de Certificación  
en Medicina General, A.C.**

## **CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL, A.C.**

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA  
DEL CERTIFICADO (RECERTIFICACIÓN)  
EN MEDICINA GENERAL**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### **H. COMITE DE CERTIFICACION**

DEL CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION EN MEDICINA GENERAL, A.C.  
PRESENTE.

El (La) que suscribe:

requiero muy atentamente se acepte mi solicitud para someterme al proceso de Renovación de la Vigencia del Certificado (Recertificación), en Medicina General que realiza el Consejo, conforme a la Convocatoria expedida para tal efecto.

Expreso que esta solicitud es voluntaria, por lo que anexo a mi Currículum Vitae la documentación comprobatoria acerca de mi actividad académica y profesional, desarrollada en los últimos 5 años los cuales son copias fotostáticas de los originales que obran en mi poder, y acepto sean investigados y calificados por los Comités Correspondientes.

Asimismo, me comprometo a respetar los lineamientos del Consejo y a cumplir con el requisito de Renovación de la Vigencia del Certificado en Medicina General (recertificación) cada 5 años, como la mejor manera de garantizar a la sociedad mi competencia académica y profesional.

Acepto cubrir la cuota que solicita el Consejo y en caso de no resultar aprobado en el proceso de Evaluación., me presentaré a aplicar el examen correspondiente en la fecha que se indique.

**A T E N T A M E N T E**

NOMBRE Y FIRMA