



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 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
- () 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, en el que se indica que termina en febrero 2011
- () 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