***Consejo Mexicano de***

***Endocrinología, A.C.***



Certificación 2020

Nombre:

Endocrinología Endocrinología Pediátrica

# México, D.F., a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

*C. MIEMBROS DEL CONSEJO*

*MEXICANO DE ENDOCRINOLOGIA, A.C.*

Por la presente solicito al Consejo Mexicano de Endocrinología, A.C., se me conceda examen de acuerdo a su Estatuto y se me expida en caso de resultar aprobado, el certificado respectivo de especialista en ENDOCRINOLOGIA.

Al recibir el certificado me someto al Estatuto del Consejo y me comprometo a devolver el certificado en el caso de que las reglas de exámenes sean violadas por mí o por cualquiera de las razones señaladas en el propio Estatuto. Asimismo, aceptaré la negativa de certificación por no aprobar el examen.

Estoy de acuerdo en liberar al Consejo Mexicano de Endocrinología, A.C., a sus miembros, ejecutivos y examinadores, de cualquier acción que ellos tomen en conexión con la solicitud, con los exámenes o con la negativa del Consejo para extenderme el Certificado.

A t e n t a m e n t e

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma)

**Consejo Mexicano de Endocrinología, A.C.**

# Solicitud de Certificación

|  |
| --- |
| **1.- Datos Generales** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | | |
| RFC: | CURP: | | |
| Cédula profesional de médico general: | Fecha de Nacimiento: | | |
| Cédula de la especialidad: | Especialidad: | | |
| Nacionalidad: | Subespecialidad: | | |
| Universidad de egreso de la especialidad: | Genero: | M | F |
| Institución de residencia de la especialidad: | | | |

|  |
| --- |
| Dirección particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle # # int. Colonia  ciudad C.P. estado Teléfono (lada) /Celular e-mail  Institución de egreso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle # # int. Colonia  ciudad C.P. estado Teléfono (lada) e-mail  Consultorio:  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Calle # # int. Colonia  ciudad C.P. estado Teléfono (lada) e-mail |

|  |
| --- |
| **2. Historia Académica** |

|  |
| --- |
| **Cursos de especialidad:**  **1.- Estudios de pregrado**  Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Año Ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año egreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Promedio carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.- Medicina Interna  Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año de egreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3.- Endocrinología Endocrinología Pediátrica  Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año de egreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4.- Cursos relacionados con alguna subespecialidad de la endocrinología**:**  Nombre del curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año de egreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Para aspirantes o candidatos que hayan terminado su residencia de especialización con mas de un año a la fecha de la solicitud, para demostrar haber permanecido en ejercicio activo de la especialidad.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Otros Estudios de postgrado:** | | | |
|  | Institución | Duración | Año egreso |
| Maestría |  |  |  |
| Doctorado |  |  |  |
| Estudios extranjero |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. Experiencia en Endocrinología** |
| Actividades Institucionales:  Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antigüedad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Puesto actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Practica Privada:  Años de ejercicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades Docentes** | | |
| Actividades Institucionales | | |
| Tipo de curso | Puesto | Antigüedad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asesoría de tesis | | | |
| Alumno | Título de tesis | Institución | Grado |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Otras actividades académicas | | | |
| Asistencia a congresos o cursos | | | |
| Fecha | Institución organizadora | Congreso o curso | Ciudad o sede |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Presentación de trabajos libres en congresos | | | |
| Fecha | Título | Congreso o curso | Autores |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Publicaciones** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Artículos en revistas | | |
| Autores | Título del artículo | Revista (nombre, año, vol. páginas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Capítulos en libros | | | | |
| Autores | Capítulo | Libro | Editorial | Páginas |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libros escritos o editados | | | | |
| Autores | Editor | Libro | Editorial | Fecha  publicación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7.- Participación en sociedades médicas | | |
| Sociedad | Puesto | Antigüedad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 8.- Distinciones por actividades académicas | |
| Distinción | Otorgante |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

El solicitante debe anexar la documentación probatoria (fotocopias) de la información proporcionada, si el espacio no es suficiente utilice hojas adicionales

Esta información es verídica

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_