



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

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

**CURRICULUM VITAE
RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN**

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
_____	_____	_____
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	

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. TELEFONO:
_____	_____	_____
TEL. CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

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. 2 Fotografías tamaño Infantil y 2 tamaño Diploma blanco y negro
2. Título (2 copias)
3. copia fotostática de la ultima Certificación (2)
4. Acta de Nacimiento (2 copias)
5. Cédula profesional (2 Copias)
6. Copia fotostática de última certificación (2)
7. copia del la CURP (2)
8. Constancias de actividades clínicas, docentes, administrativas, de investigación, de participación docente en educación continúa
9. Constancias de asistencia a cursos, congresos, reuniones, seminarios, simposia, etc.
10. Copia de la cara frontal de las publicaciones realizadas.
11. Constancia de los trabajos presentados en congresos.
12. Copia de las distinciones recibidas.
13. Copia de la cara frontal de la tesis asesoradas.
14. Copia de la cara frontal del reporte de las investigaciones realizadas.
15. Constancias de las asociaciones a las que pertenece



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

A TRAVES DEL
**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 Curriculum 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.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

