



**CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA CRITICA A. C.**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN 2017-2018**  
(Para ser llenado por el aspirante)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Datos Personales**

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

**Domicilio Particular**

Calle y número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Delegación | Municipio: \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Estudios de Licenciatura**

Universidad donde cursó la Licenciatura: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

Hospital donde realizó el internado de pregrado: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

## Curso de Especialidad

Institución donde realizó la especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Calle y número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Delegación | Municipio: \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hospital: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Universidad que avala el curso: \_\_\_\_\_

Nombre y correo electrónico del profesor titular del curso: \_\_\_\_\_

Años de Residencia

Período

Año de término

## Su tesis se encuentra

Terminada

En elaboración

No la ha iniciado

## Su Título Universitario de Especialidad

Lo tiene

Está en trámite

No ha iniciado el trámite

¿Ha presentado anteriormente el examen del CMMC? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

## Institución donde labora actualmente (no llenar si aún es residente)

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Calle y número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Delegación | Municipio: \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Hospital: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Turno: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Es importante que los datos estén completos y correctos para que la correspondencia llegue a tiempo y al lugar adecuado

Enviar correspondencia a:

Domicilio Particular  Hospital  E-mail

La presente solicitud deberá adjuntarse llena y firmada en el registro de certificación ubicada en la página del consejo [www.cmmcritica.org.mx](http://www.cmmcritica.org.mx) Utilizando su usuario y contraseña, si no cuenta con usuario y contraseña para poder ingresar, genere su pre registro aquí: <http://www.interacciondigital.com/dirconsejos/CMMC/preregistro/preregistro.html>

Una vez que reciba su contraseña deberá escanear la siguiente documentación en su expediente personal:

- Solicitud para Certificación debidamente llena y firmada ubicada en la página del consejo [www.cmmcritica.org.mx](http://www.cmmcritica.org.mx)
- Fotocopia del Título Universitario de la carrera de Medicina.
- Fotocopia del Título Universitario de la especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Si no se cuenta con él, carta del Profesor Titular del Curso Universitario, en donde se señale que se encuentra cursando el último año de la especialidad cuyo Título Universitario al término de la misma sea en Medicina del Enfermo en Estado Crítico.
- Título Universitario de la Especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico en un plazo no mayor a 12 (doce) meses de lo contrario se anulará mi resultado del examen y registro
- Ficha de depósito por \$6,000.00 (Seis mil Pesos 00/100 M.N.) a la cuenta No. 3749217 Sucursal 7012 de BANAMEX, CLABE 002180701237492174 A nombre del Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A. C.

Deberá entregarse en nuestras oficinas o enviarse por mensajería a la dirección del consejo:

- Solicitud para Certificación debidamente llena y firmada ubicada en la página del consejo [www.cmmcritica.org.mx](http://www.cmmcritica.org.mx)
- Una fotografía tamaño infantil.
- Dos fotografías tamaño diploma ovaladas, en blanco y negro, de frente, sin retoque, sin peinados que oculten el rostro y en el caso de los varones, con saco y corbata.
- Ficha de depósito por \$6,000.00 (Seis mil Pesos 00/100 M.N.) a la cuenta No. 3749217 Sucursal 7012 de BANAMEX, CLABE 002180701237492174 A nombre del Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A. C.

Por medio de la presente ACEPTO los siguientes lineamientos en relación a mi solicitud para ser certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Crítica, A. C.

1. El Diploma de Certificación me será entregado en un plazo no mayor a 60 días después de haber entregado el Título Universitario de la Especialidad en Medicina del Enfermo en Estado Crítico.
2. Solicitar recertificación cada 5 años, de lo contrario mi registro será anulado.

---

**Nombre (escrito a mano) y firma**