



Capítulo de Medicina Crítica Pediátrica del
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C

FORMATO DE CERTIFICACIÓN

(Favor de llenar con letra legible o impresa)

NO PEGAR FOTO

FECHA: ____/____/____
DIA MES AÑO

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____
DIA MES AÑO

NACIONALIDAD: _____ GÉNERO: _____

R.F.C. _____ CURP _____

DOMICILIO DE CONTACTO: _____
CALLE No.

COLONIA CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO EXPEDIDO POR: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN: ____/____/____ CÉDULA PROFESIONAL: _____
DIA MES AÑO

ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA EFECTUADOS EN:

HOSPITAL

DEPENDENCIA CIUDAD



Capítulo de Medicina Crítica Pediátrica del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C

FECHA DE REALIZACIÓN: INICIO: ____/____/____ TERMINACIÓN: ____/____/____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

TÍTULO DE PEDIATRA EXPEDIDO POR: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN: ____/____/____ CÉDULA PROFESIONAL: _____
DÍA MES AÑO

CERTIFICADO NÚMERO: _____ VIGENCIA: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO EN MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA EFECTUADOS EN:

HOSPITAL

DEPENDENCIA CIUDAD

FECHA DE REALIZACIÓN: INICIO: ____/____/____ TERMINACIÓN ____/____/____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

CURSO AVALADO POR: _____

SU TESIS SE ENCUENTRA:

TERMINADA EN ELABORACIÓN NO LA HA INICIADO

SU TÍTULO UNIVERSITARIO DE MEDICINA CRÍTICA:

LO TENGO ESTA EN TRAMITE NO HA INICIADO EL TRAMITE

SI CUENTA CON TÍTULO DE MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA, ESTE FUE EXPEDIDO POR:

FECHA DE EXPEDICIÓN: ____/____/____ CÉDULA PROFESIONAL: _____



Capítulo de Medicina Crítica Pediátrica del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C

EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINA CRÍTICA ACTUAL (NO LLENAR SI AÚN ES RESIDENTE)

Si labora en más de una institución poner la principal o donde sea más fácil localizarle

FECHA DE INGRESO: _____

INSTITUCIÓN _____

SERVICIO: _____

DOMICILIO: _____

CALLE No.

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELÉFONO: _____ TURNO: _____

Es importante que los datos estén completos y correctos para que las notificaciones/correspondencia llegue a tiempo y al lugar adecuado:

DESEO RECIBIR CORRESPONDENCIA: (Puede tachar más de una opción)

DOMICILIO PERMANENTE

HOSPITAL

E-MAIL



Capítulo de Medicina Crítica Pediátrica del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C

A la presente solicitud se deberá adjuntar la siguiente documentación (se podrá mandar por mensajería o en forma directa), por favor verifique que esté completa tachando en la columna de sustentante. Se deberá entregar en el siguiente orden:

	SUSTENTANTE	CAMCP
1. Dos fotografías tamaño diploma en blanco y negro con fondo blanco de frente		
2. Solicitud de examen de certificación (documento en la página web original))		
3. Formato de certificación (el presente firmado en original)		
4. Fotocopia tamaño carta de título de médico cirujano		
5. Fotocopia tamaño carta de cédula profesional de médico cirujano		
6. Fotocopia tamaño carta de título de pediatría		
7. Fotocopia tamaño carta de certificación vigente en pediatría		
8. Fotocopia tamaño carta de los papeles siguientes según aplique: a. Título de medicina crítica pediátrica b. Diploma universitario de medicina crítica pediátrica c. Constancia de residente de último año de medicina crítica pediátrica emitida por el profesor titular o enseñanza del hospital (original)		
9. Fotocopia de la portada de la tesis o trabajo de investigación para obtener el título de la especialidad en medicina crítica pediátrica		
10. Constancia de miembro activo de la Asociación Mexicana de Terapia Intensiva AC (original) (NO ES INDISPENSABLE)		
11. Comprobante de pago por el derecho a examen a favor del capítulo Depósito por la cantidad de \$6,000.00 en BBVA Bancomer a la cta. 0451124722 a nombre de LA SECCION DEL ENFERMO PEDIATRICO EN ESTADO CRITICO AC, No. Cuenta CLABE 012180004511247224		

En caso de haber cursado estudios en el extranjero deberá cumplir con los mismos requisitos y exhibir los documentos oficiales avalados por las autoridades mexicanas correspondientes.

Al firmar esta solicitud acepto el reglamento de exámenes de certificación y conozco el aviso de privacidad del capítulo de medicina crítica pediátrica publicado en su página web (www.camcp.org)

NOMBRE COMPLETO: _____

ESCRITO A MANO

FIRMA: _____