



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

FORMATO DE VIGENCIA

DE LA CERTIFICACIÓN (RECERTIFICACIÓN)

NO PEGAR FOTO

Favor de llenar con letra legible o impresa

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 CÓDIGO POSTAL

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

TÍTULO DE PEDIATRA EXPEDIDO POR: _____

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

NÚMERO DE CERTIFICADO: _____ VIGENCIA: _____



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

ESTUDIOS DE POSGRADO EN MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA EFECTUADOS EN:

HOSPITAL

DEPENDENCIA CIUDAD

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

TÍTULO DE MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA, EXPEDIDO POR:

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

NÚMERO DE CERTIFICADO: _____ ÚLTIMA VIGENCIA: _____

EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINA CRÍTICA ACTUAL

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 la vigencia de la certificación (documento en la página web en original)		
3. Formato de vigencia de certificación (el presente en original)		
4. Fotocopia tamaño carta de certificación vigente en pediatría		
5. Fotocopia tamaño carta de la última certificación del capítulo de medicina crítica pediátrica		
6. Constancia de miembro activo de la Asociación Mexicana de Terapia Intensiva AC (original) (NO ES INDISPENSABLE)		
7. Fotocopia tamaño carta de la constancia de asistencia a un congreso nacional de terapia intensiva pediátrica (congreso nacional AMTIP) en los últimos cinco años		
8. Fotocopia tamaño carta de proveedor o de instructor de reanimación avanzada pediátrica (dentro de los cinco años anteriores)		
9. Cumplir con una de las siguientes actividades, copia de las constancias o documentos probatorios (dentro de los cinco años previos). A partir del 2022 se deberá cumplir con el sistema de puntos. a. Tres conferencias o ponencias sobre temas de terapia intensiva pediátrica b. Trabajo libre de terapia intensiva pediátrica presentado en un congreso nacional o internacional c. Trabajo de investigación en original publicado en una revista médica y/o capítulos en un libro de terapia intensiva pediátrica d. Asistencia a por lo menos tres cursos o congresos regionales de terapia intensiva avalados por el capítulo de medicina crítica pediátrica		
10. Comprobante de pago por el derecho a examen a favor del capítulo Depósito por la cantidad de \$7,000.00 en BBVA Bancomer a la cta. 0451124722 a nombre de LA SECCION DEL ENFERMO PEDIATRICO EN ESTADO CRITICO AC, No. Cuenta CLABE 012180004511247224		

Al firmar esta solicitud acepto el reglamento de la vigencia la certificación (recertificación) 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: _____