



SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

LUGAR Y FECHA

Dr. Raúl Vizzuett Martínez
Presidente,
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría,
Sección Neonatología, A.C.
P r e s e n t e

Por medio de la presente solicito que se evalúen los documentos probatorios de actividades académicas en los últimos 5 años que presento para mi **Recertificación** y que, en caso de cumplir con el mínimo requerido de **40 puntos**, se me otorgue el **Certificado de Especialista en Neonatología**. Así mismo, declaro que, en caso de no cumplir el puntaje, presentaré el Examen de Recertificación en la fecha que se indique.

Declaro también que acepto la decisión que el CMCP, Sección Neonatología, tome con respecto a la presente solicitud, en los términos de los Estatutos del propio Consejo.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE COMPLETO

FIRMA



Adjunto a la presente:

1. Carta original solicitando la **Recertificación**, según formato anexo, con firma autógrafa y fecha actual.
2. Curriculum oficial, debidamente llenado.
3. Original y Fotocopia cotejada de la Certificación o Recertificación en Neonatología.
4. Fotocopia cotejada con original de Constancia de Curso-Taller de Reanimación Neonatal **vigente** (como Instructor o Reanimador, no mayor a 3 años).
5. Original de Carta constancia vigente de miembro activo de la Asociación Estatal de Neonatología donde vive o trabaja.
6. DOS Fotografías tamaño **DIPLOMA** (Ovaladas de 50x70 mm), blanco y negro, de frente, fondo blanco. Anotar su nombre completo al reverso.
7. Ficha original del depósito bancario de 5,500 pesos MN para los rezagados por más de tres años, a nombre del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C., BBVA-Bancomer, cuenta 0141453416, CLABE INTERBANCARIA 01218000141453413.
8. Un juego de fotocopias legibles y en electrónico (estos últimos a través de la Página WEB del Consejo: www.consejoneonato.com.mx) de los documentos probatorios de actividades académicas, de acuerdo a la tabla de puntaje que se presenta en la dirección electrónica señalada, **exclusivamente de los últimos cinco años**.
9. Todos los documentos deberán ser entregados en tamaño carta en la oficina del Consejo: José María Rico 121, Desp. 611, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, México, DF, C.P. 03100; Tel: 5534 8849

Notas:

- En caso de no acreditar el puntaje mínimo necesario (**40 puntos**), deberá presentar Examen.
- Todos los documentos deberán ser entregados en tamaño carta en la oficina del Consejo y **registrados a través de la Pág. Web. en la opción de Curriculum Vitae.**

Bajo las siguientes condiciones:

- Se calificarán las actividades académicas curriculares de los últimos 5 años
- Se aplicará una cuota de 5,500 pesos MN para los rezagados por más de tres años.

RECERTIFÍCATE A TIEMPO, ES MAS FÁCIL



Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C.

RESUMEN CURRICULAR

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

NACIMIENTO _____ / ____ / ____ **EDAD** _____
LUGAR DIA MES AÑO AÑOS

RFC _____ - _____ - _____ **CURP** _____

NACIONALIDAD _____ **No. de FM9** _____
NO MEXICANOS

DOMICILIO PERMANENTE _____
CALLE No. COLONIA

_____ (____) _____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO

E- MAIL: _____ **TEL. MÒVIL (____)** _____

TITULO DE MEDICO CIRUJANO: _____
UNIVERSIDAD

_____ **EXPEDIDO:** ____ / ____ / ____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA MES AÑO No.

TITULO DE MEDICO PEDIATRA: _____
UNIVERSIDAD Y HOSPITAL

_____ **EXPEDIDO:** ____ / ____ / ____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA MES AÑO No.

INICIO: ____ / ____ / ____ **TERMINACIÓN:** ____ / ____ / ____ **CERTIFICADO DE PEDIATRIA** _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO No.

TITULO DE NEONATOLOGIA: _____
UNIVERSIDAD Y HOSPITAL

_____ **EXPEDIDO:** ____ / ____ / ____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA MES AÑO No.

INICIO: ____ / ____ / ____ **TERMINACIÓN:** ____ / ____ / ____ **CERTIFICADO NEONATOLOGIA** _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO No.

OTRO POSGRADO: _____
PROGRAMA UNIVERSIDAD

_____ **EXPEDIDO:** ____ / ____ / ____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA MES AÑO No.

INICIO: ____ / ____ / ____ **TERMINACIÓN:** ____ / ____ / ____ **CERTIFICADO:** _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO NOMBRE Y No.

OTRO POSGRADO: _____
PROGRAMA UNIVERSIDAD

_____ **EXPEDIDO:** ____ / ____ / ____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA MES AÑO No.

INICIO: ____ / ____ / ____ **TERMINACIÓN:** ____ / ____ / ____ **CERTIFICADO:** _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO NOMBRE Y No.

FOLIO DEL TALLER DE REANIMACIÓN NEONATAL OTORGADO POR LA SECRETARIA DE SALUD: _____



CMCP
SECCIÓN NEONATOLOGÍA

AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN EN PEDIATRÍA SECCIÓN NEONATOLOGÍA

Con fundamento en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales [en Posesión de Particulares](#) publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Julio de 2010, hacemos de su conocimiento que el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría Sección Neonatología A.C. (CMCP_SN) con domicilio en José María Rico 121, Despacho 611 Colonia del Valle. México D.F. Tel 55 34 88 49 correo electrónico: consejoneonato@gmail.com es responsable de sus datos personales que fueron proporcionados en forma documental, escrita, telefónica y/o electrónica durante los trámites de Certificación o Recertificación en la Subespecialidad en Neonatología.

Datos Personales que son recabados por el CMCP_SN.

- Nombre, Lugar de Nacimiento, Fecha de Nacimiento, Edad, RFC, CURP, Nacionalidad, Número de Forma FM9, Domicilio, Teléfono de Domicilio, Teléfono celular, correo electrónico.
- Título médico cirujano, Universidad que emite el título, Fecha de titulación, Cedula Profesional SEP Médico Cirujano.
- Título médico Pediatra, Hospital donde realiza la residencia en pediatría, Universidad que emite el título de Pediatra, Fecha de inicio y fecha de terminación de la especialidad en pediatría, fecha de titulación, Número de Certificado en Pediatría y Cedula Profesional de especialista SEP de Pediatra.
- Título Neonatólogo, Hospital donde realiza la residencia en Neonatología, Universidad que emite el título de Neonatólogo, fecha de inicio y fecha de terminación de la especialidad Neonatología, Fecha de titulación, Cedula Profesional SEP de Neonatología. Número de Certificado en Neonatología y Fecha de última Recertificación.



Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C.

- Otro Postgrado: Hospital donde realiza postgrado, Universidad que emite el título del postgrado, fecha de inicio y fecha de terminación del postgrado. Fecha de titulación, Cedula Profesional SEP de Postgrado
- En Constancias de: Adscripción a instituciones de salud públicas o privadas, asistencia a Congresos, Cursos y Talleres nacionales ó extranjero, así como publicaciones médicas científicas.

Finalidad de la recolección de datos:

Estos datos son utilizados para verificar la información que proporciona el médico y con ellos conformar las bases de datos generales, académicos y profesionales, para tener la evidencia que soporte el dictamen emitido por “los pares” respecto a la Certificación y Recertificación sobre la Competencia Profesional en Neonatología y así dar cumplimiento con los requerimientos legales aplicables a los Estatutos del CMCP_SN como Asociación Civil adherida al Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas A.C. (CONACEM)

Transferencia de Datos:

Sus datos personales completos son manejados y tratados por el personal que labora en la oficina del CMCP_SN. Los referentes a lo académico, profesional y los resultados de sus evaluaciones serán compartidos con los Consejeros de las diferentes sedes nacionales del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, CONACEM e instituciones afines en el extranjero.

El CMCP_SN compartirá los datos personales de Nombre, Teléfono y correo electrónico, Número de certificado, vigencia de certificación con la Federación Nacional de Neonatología de México, con la finalidad de enviar información de cursos, congresos relacionados con la Neonatología, así como información médica y científica relacionada con la subespecialidad.

Serán puestos en nuestra página electrónica para consulta pública para Instituciones de Salud y la Sociedad Mexicana en general: Nombre completo, número de certificado, vigencia y ciudad donde labora.

Esta información no será transferida a la industria farmacéutica ni editorial o cualquier otro que pretenda un uso comercial.

Procedimiento para acceder, rectificar, limitar ó revocar consentimiento:

Acceso y rectificación de Datos Personales: Usted podrá mantener actualizada nuestra la base de datos del CMCP_SN a través de nuestra página de Internet:

www.consejoneonato.com.mx



Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C.

Únicamente podrá modificar: correo electrónico, dirección, teléfono de dirección y teléfono celular.

Usted puede limitar el uso y divulgación de su información personal, así como el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición o la revocación del consentimiento mediante una solicitud por escrito presentada en nuestro domicilio, dirigida al Director Administrativo o al Comité Ejecutivo, con los siguientes datos:

1. Nombre, Domicilio o medio que nos permita contactarlo
2. Identificación oficial
3. Descripción precisa del tipo de acción que desea se tome respecto de sus datos. Adjuntar la documentación que sustente la petición, así como los documentos que acrediten su personalidad en su caso.

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones por lo cual nos comprometemos a mantenerlo informado a través de nuestra página electrónica www.consejoneonato.com.mx

Consentimiento:

Nos comprometemos a no transferir su información personal a terceros sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como realizar esta transferencia en los términos que fija esta ley.

Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

Consiento que mis datos personales sensibles sean transferidos conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.

Nombre: _____

Firma _____

Fecha última actualización: 15 de febrero 2017