|  |  |
| --- | --- |
| FOTO DIGITAL  **SE DEBERÁ PROPORCIONAR:**  **1**.- PRESENTACIÓN EN POWER POINT, DE LA PROPUESTA DE CASO CLÍNICO A EVALUAR, PARA APLICACIÓN DE LA FASE II: EXAMEN PRÁCTICO.  2.- LLENAR TODOS LOS DATOS QUE SE SOLICITAN A CONTINUACIÓN: | **Fecha:**  **2025** |

**N O T A: FAVOR DE LLENAR EN LA COMPUTADORA**

|  |
| --- |
| NOMBRE  APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) |
|  |

1. **DATOS DE CASO CLÍNICO**

**Nombre del paciente: Edad:**

**Diagnóstico: Operación Proyectada:**

**Fecha de la Cirugía: Hora de la Cirugía: Sede Hospitalaria:**

**2) DATOS DEL CIRUJANO TUTOR DEL CASO CLINICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CIRUJANO: | | |
| HOSPITAL DE ADSCRIPCIÓN: | | CERTIFICADO No: |
| ENTIDAD FEDERATIVA: | CIUDAD: | |
| TELÉFONO: | CELULAR: | |
| **Correo Electrónico:** | | |

**DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, de manera libre, consciente y sin coacción alguna, que tanto la información escrita, como la documentación proporcionada son auténticas y que mi proceder es de buena fe; de no ser así, asumo plenamente todas las responsabilidades legales, que fijen las leyes y/o el Marco Normativo Vigente del CMCOM, en el entendido que en caso de falsear información ACEPTO que sea SUSPENDIDO mi examen de Certificación.

|  |
| --- |
|  |

**Nombre y Fecha.**

Firma