



El Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.

Le invita y convoca a que realice su

CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN EN MEDICINA GENERAL

FECHA LÍMITE DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

3 de Marzo de 2012
2 de Junio de 2012
3 de Noviembre de 2012

FECHA DE EXAMEN

17 de Marzo de 2012
23 de Junio de 2012
17 de Noviembre de 2012

Distinguido Médico General, recuerde que el proceso de certificación y/o recertificación es muy importante y actualmente obligatorio, que le reconoce, dignifica, mejora la práctica y garantiza a la sociedad el nivel académico y profesional.

► BASES

- 1.- Haber cursado la carrera de Médico Cirujano, en una Facultad o Escuela de Medicina reconocida por la Secretaría de Educación Pública y/o la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.
- 2.- Poseer Título de Médico Cirujano y Cédula Profesional expedida por la Secretaría de Educación Pública.
- 3.- Ser Médico General con ejercicio en una institución pública o en el sector privado y pertenecer a alguna de las Asociaciones y/o Colegios que agrupan a Médicos Generales.
- 4.- Llenar la solicitud de este Colegio, acompañándola del Curriculum Vitae, en las formas oficiales que le proporcionará el Comité de Desarrollo Profesional en cada una de las Delegaciones del Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.
- 5.- Cubrir la cuota de \$1,500.00 a través de un depósito bancario, en cualquier sucursal del banco HSBC, al número de **Cuenta 4043487339 a nombre de ANMGYF Sucursal 1153 (Lomas Verdes)**.
- 6.- Presentarse al examen teórico, en el horario, sitio y fecha que se le indicará en la Delegación en que presente su solicitud.

El proceso de Certificación se hará con base en lo establecido por el Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C. que contempla la revisión e investigación del curriculum académico-profesional del interesado, y un amplio proceso de la evaluación que incluye además de lo anterior:

Evaluación de dominios del conocimiento. Exámen escrito compuesto por 500 reactivos.

Si el médico no aprueba el primer proceso de evaluación, podrá solicitar un segundo examen 12 meses después de la primera evaluación, si la calificación es deficiente, deberá solicitar un tercer examen 24 meses después. Quien no apruebe tres veces consecutivas el examen, no podrá ser sometido a una nueva evaluación, y deberá cursar el Programa de Actualización en Medicina General establecido por las Asociaciones y/o Colegios de Medicina General del país o un Programa similar; si resulta con calificación aprobatoria cubrirá el proceso de certificación de conocimientos teóricos, sin embargo deberá someterse a la evaluación curricular y cubrir la cuota de certificación.

► LOS MÉDICOS CERTIFICADOS RECIBIRÁN

- 1.- Un documento que Certifica su capacitación académica y competencia profesional para el ejercicio de la medicina general de acuerdo a las normas de calidad establecidas por el Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.
- 2.- Credencial que le acredite como médico certificado por el Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.

La información sobre los médicos certificados se pondrá a disposición de los Colegios, Academias, Asociaciones y Sociedades Médicas y de las Instituciones del Sector Salud, tanto públicas como privadas, y sus nombres serán publicados en el Directorio del Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.

► RECERTIFICACIÓN

- 1.- Llenar la solicitud de este Colegio, acompañándola del Curriculum Vitae, (anexando copia del certificado anterior) en las formas oficiales que le proporcionará el Comité de Desarrollo Profesional en cada una de las Delegaciones del Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.
- 2.- Cubrir la cuota de \$1,500.00 a través de un depósito bancario, en cualquier sucursal del banco HSBC, al número de **Cuenta 4043487339 a nombre de ANMGYF Sucursal 1153 (Lomas Verdes)**.

Informes y entrega de solicitudes

Informes, entrega y recepción de solicitudes en la Delegación más cercana a su sitio de Ejercicio:

Delegación Campeche

Dr. Victor Exiquio Camejo Mena
Calle 31 B No. 9, Col. Aviación entre 42 y 46 C.P.
24170 Cd. del Carmen, Camp.
Tel. (01 938) 3 82 19 09, Cel. 045 93 81 08 53 60

Dra. Gloria Mercedes Márquez Rodríguez
Calle Monte Cristo No. 14 Esq. 14 A Col. San
Román C.P. 24040, Campeche, Camp.
Tel. (01 981) 8 11 10 01, 1 34 65 26

Delegación Chihuahua

Dr. José Camilo Guerrero Burgueño
San Jerónimo No. 7615-4
Col. Haciendas del Rosario
C.P. 32507 Ciudad Juárez, Chih.
Tel. (01 656) 623 63 72

Dr. Francisco Garza Pulido
Av. Plutarco Elias Calles No.1289
Local 122, Col. Los Nogales
C.P. 32350 Ciudad Juárez, Chih.
Tel. (01 656) 6 11 84 08, 6 13 06 08,
Cel. 045 65 61 76 77 87

Delegación Coahuila

Dr. Adel Charara Elías
Av. Abasolo No. 459 oriente Int.1
Col. Centro C.P. 27000 Torreón, Coah.
Tel. (01 871) 7 18 37 39, 7 18 63 82

Dr. Jesús Manuel Sandoval Martínez
Boulevard Independencia 1080 Pte., Col. Ana
C.P. 27170, Torreón Coah.
Tel. (01 871) 7 12 07 07
Cel. 045 87 11 26 11 75

Dra. Esthela Ovalle Arriaga
Alfalfa No. 292, Fracc. Praderas,
C.P. 25295 Saltillo, Coah.
Tel. (01 844) 4 88 05 08, Cel. 045 84 47 64 32 88

Delegación D.F. y Edo. de Mex.

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia
Colina de los Acónitos No. 1
Fracc. Boulevares C.P. 53140
Naucalpan, Edo. de México
Tel. (01 55) 55 72 66 24, 55 72 66 04,
55 72 67 59

Delegación Durango

Dr. Juan López
Calle Los Fresnos No. 220 Fracc. Los Álamos
C.P. 34299 Durango, Dgo.
Cel. 045 61 81 63 87 43

Dr. José Antonio Bustamante Martínez
Priv. San Ángel inn 218 No. 6 Fracc.
San Ángel inn, C.P. 34106 Durango, Dgo.
Tel. (01 618) 8 11 65 72, Cel. 045 61 81 16 13 03

Delegación Guanajuato

Dra. Ma. del Rosario Sandoval Espíndola
Sóstenes Rocha No. 124 Col. Centro,
C.P. 38000 Celaya, Gto.
Tel. (01 461) 6 09 38 61, 6 14 61 82

Dra. Edith Maldonado Ortíz
Ocampo No. 272, Col. Centro
C.P. 38600 Acambaro, Gto.
Tel. (01 417) 1 72 61 29 / 10 09 78 55
Cel. 045 41 71 77 06 35

Delegación Jalisco

Dr. Francisco Javier Salas Sánchez
Sierra Nevada No. 910, Col. Independencia,
C.P. 44340, Guadalajara, Jal.
Tel. (01 33) 36 17 62 37, 36 50 04 80,
Cel. 045 33 14 10 96 92

Dra. Magdalena Medina Madrid
Valle de Papaloapan No. 2044
Jardines del Valle,
C.P. 45130 Zapopan, Jal.
Cel. 045 33 36 62 64 66

Dr. Efran Arriero Herrera
Fresno No. 1962 Int. 3, Col. Fresno
C.P. 44900, Guadalajara, Jal.
Tel. (01 33) 38 11 67 70, Cel. 045 33 31 36 60 12

Delegación Michoacán

Dr. Sergio Gerardo Ruíz Mendoza
Privada de fresno 340 B, Col. Viveros,
C.P. 60173 Uruapan, Mich.
Tel. (01 45) 25 19 34 17, Cel. 045 45 21 20 90 16

Dra. Refugio Narcizo Baltierra
Tejocote No. 8-B, Col. Arboledas
C.P. 59698 Zamora, Mich.
Tel. (01 351) 515 05 12, Cel. 045 35 11 19 03 03

Delegación Nayarit

Dr. Arturo Humberto Maldonado
Río Ameca No. 27 San Martín
C.P. 633185 Tepic, Nayarit
Tel. (01 311) 2 16 31 32

Delegación Nuevo León

Dr. Reynol Martínez Martínez
Arteaga No.1032 Local 7, Res. Cerro de la Silla
C.P. 67190 Guadalupe, N.L.
Tel. (01 818) 354 90 20

Dr. José Antonio Campuzano Villareal
Espliego No. 124, Col. Cuauhtémoc,
C.P. 66450, San Nicolas de los Garza, N.L.
Tel. 045 81 80 50 99 78

Delegación Oaxaca

Dr. Rolando Arturo Candiani Gil
Av. Hidalgo No. 414 1er. Piso, Col. Centro,
C.P. 68000 Oaxaca, Oax.
Tel. (01 951) 5 16 10 27

Delegación Puebla

Dr. Hugo Ramírez Hernández
Blvd. Vicente Guerrero No. 143-3, Col. Valle del
Sol, C.P. 72565 Puebla, Pue.
Tel. (01 222) 2 44 25 92, Cel. 045 22 23 24 68 38

Dr. Juan Manuel Silva Lima
Río Atoyac Sur No. 12 A Domingo Arenas
C.P. 74000 San Martín Texmelucan, Pue.
Tel. (01 248) 4 84 05 33

Delegación Querétaro

Dra. Flor Cano Elizondo
Xicotencatl No. 3 Casa 52 2da. Secc. Jacarandas,
Col. San Juan Bosco
C.P. 76800, San Juan del Río, Qro.
Tel. (01 427) 274 69 15 / 2 72 73 49

Delegación Quintana Roo

Dra. María de Jesús Galicia Castellanos
Calle Ake No. 28 Col. Unidad Morelos SMZ. 59
Mz. 20 Lte. 5 C.P. 77515 Cancún, Q. Roo
Tel. (01 998) 8 86 53 97, Cel. 044 9981 47 64 67

Dr. Luis Ángel Blanco Márquez
Calle 53 B No. 904 Col. Infonavit
C.P. 77000, Felipe Carrillo Puerto, Q. Roo.
Tel. (01 983) 120 93 19, Cel. 045 44 42 04 53 03

Delegación San Luis Potosí

Dra. Luz Celina García Santaella
Miguel Acosta No. 106 Depto. 302, Col. Moderna
C.P. 78233 San Luis Potosí, S.L.P.
Tel. (01 444) 8 12 13 41, Cel. 045 44 42 04 53 03

Delegación Sinaloa

Dra. José A. Fosados Arella
Rafael Buelna No. 4821, Col. Benito Juárez,
C.P. 82180 Mazatlán, Sin.
Tel. (01 669) 9 84 90 81

Delegación Sonora

Dr. Miguel Ángel Bracamonte Saavedra
Av. Mónaco No. 30, Residencial Montecarlo,
C.P. 83280 Hermosillo, Son.
Tel. (01 662) 2 20 65 08

Delegación Tabasco

Dra. María del Carmen Morales López
Ernesto Malda No. 420-A, Col. Lindavista
C.P. 86050 Villahermosa, Tab.
Cel. 045 99 31 05 44 24

Dr. Tomás Ramos Martínez
Carr. Federal Cárdenas-Comalcalco s/n Poblado
Tulipán, C.P. 86690 Cunduacán, Tab.
Tel. (01 914) 103 00 25, Cel. 045 (914) 06 52 99

Dr. Zenón Izquierdo Gómez
Altamirano No. 101 Col. Atasta, C.P. 86100
Villahermosa, Tab.
Tel. (01 993) 3 54 39 00

Delegación Tamaulipas

Dr. Jorge Fernando Poire Ruíz
Calle 19 Zacatecas y López de Lara No. 2649
Fracc. FOVISSTE, C.P.87020 Cd. Victoria, Tamps.
Tels. (01 834) 3 16 06 36, Cel. 045 83 41 11 49 32

Dr. Jabier Franco Azuara
Carrera Torres 3 y 4 No.32
Col. Lucero C.P.87359 H. Matamoros, Tamaulipas
Tel (01868) 8 12 02 55, Cel. 044 86 81 43 16 48

Delegación Tlaxcala

Dr. Petronilo Escobar Nava
Ferrocarril Sur No. 8 Col. Xaxala
C.P. 90800 Santa Ana Chiautempan, Tlax.
Tel. (01 246) 4 64 13 34, 4 64 10 73
Cel. 045 24 64 94 17 19

Dr. Zenón Vázquez Ortega
Av. Xicohtencatl No. 63 Col. Centro
C.P. 90300 Apizaco, Tlax.
Tel. (01 214) 4 12 31 47

Dr. Urbano G. Cruz Gutiérrez
Benito Juárez No. 9 Col. Centro
C.P. 90460 San Cosme Xalostoc, Tlax.
Tel. (01 241) 4 13 04 09, 4 11 12 92

Delegación Veracruz

Dra. Aida Araceli Ang Sánchez
Alcocer No. 420, Col. Centro
C.P. 91700 Veracruz, Ver.
Tel. (01 229) 2 60 94 34
Cel. 045 22 91 37 26 73

Dra. Zadia Yusef Tlaiye Perdomo
Hidalgo No. 625 Col. Río Jamapa
C.P. 94290 Boca del Río, ver.
Tel. (01 229) 921 41 92, 956 73 43

Dr. Israel Zamudio López
Calle 1 No. 409 entre Av. 4 y 6,
C.P. 94500 Córdoba, Ver.
Cel. 045 27 11 31 50 87

Dra. Yolanda Galván León
Blvd. Adolfo Ruíz Cortínez No. 3205
Col. Virginia Cordero, C.P. 91010, Xalapa, Ver.
Tel. (01 228) 840 67 78
Cel. 045 22 89 79 84 12

Dr. Calixto Corona Hernández
16 de Septiembre No. 16 Col. Morelos,
C.P. 93340, Poza Rica, Ver.
Cel. 045 78 21 00 52 04

Dra. Susana Vargas González
Av. Lázaro Cárdenas No. 1402
Col. Puerto México, C.P. 96510
Coatzacoalcos, Ver.
Tel. (01 921) 2 15 30 36

Delegación Chiapas

Dra. Mercedes Cárdenas Alvarado
Francisco Sarabia Mz. 18 Lt. 5, Fracc. Antiguo
Aeropuerto 3 Secc., C.P. 30795 Tapachula, Chis.
Cel. 045 96 26 92 33 22

Delegación Yucatán

Dr. William A. Moguel Rodríguez
Calle 63 A No. 156 (por 116 A)
Col. Yucaltepen C.P. 97238 Mérida, Yuc.
Tel. (01 999) 9 45 17 36, 9 45 38 95
Cel. 045 99 91 72 30 07

Delegación Aguascalientes, Morelos, Hidalgo, Colima, Guerrero Informes con el:

Dr. Enrique Alemán Mallén
Querétaro No. 33 Col. Roma Norte entre Frontera y
Mérida, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06700, México, D.F.
Tel. 5574 85 28, 55 84 04 68



El Colegio Mexicano de Médicos Generales "Dr. Luis A. Zavaleta de los Santos", A.C.

SOLICITUD DE EVALUACIÓN PARA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN EN MEDICINA GENERAL

► FICHA DE IDENTIFICACIÓN

► ELIJA LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE

DELEGADO _____ PERÍODO _____

CERTIFICACIÓN ()
RECERTIFICACIÓN ()

Datos personales:

| | | |
|---------------------|-------------------------------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
| _____ | _____ | _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | |
| _____ | _____ | |
| ESTADO CIVIL | NOMBRE COMPLETO DE SU CÓNYUGE | |

Domicilio Particular:

| | | | | |
|--------|--------|---------|--------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | | |
| CALLE | NÚMERO | COLONIA | | |
| _____ | _____ | _____ | | |
| CIUDAD | ESTADO | C.P. | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO (S) |

II. ESTUDIOS PROFESIONALES

Licenciatura

| | | | | |
|---|---------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| _____ | | | | |
| ESCUELA O FACULTAD DONDE ESTUDIÓ LA LICENCIATURA Y UNIVERSIDAD A LA QUE PERTENECE | | | | |
| _____ | | | | |
| FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACIÓN | | |
| _____ | | | | |
| SITIO DONDE REALIZÓ EL INTERNADO (LOCALIDAD Y NOMBRE DEL HOSPITAL E INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE) | | | | |
| _____ | | | | |
| FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACIÓN | | |
| _____ | | | | |
| SITIO DONDE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL (COLOQUE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD E INSTITUCIÓN) | | | | |
| _____ | | | | |
| FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACIÓN | | |
| _____ | | | | |
| FECHA EN QUE PRESENTÓ SU EXAMEN PROFESIONAL | | TIPO DE EXAMEN (ORAL Y/O ESCRITO) | | |
| _____ | | | | |
| TESIS RECEPCIONAL (ANOTE EL NOMBRE SI REALIZÓ TESIS) | | | | |
| _____ | | | | |
| NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL | FECHA DE EXPEDICIÓN | LIBRO Y FOJAS NUM. | REGISTRO EN LA S.S.A. | |

ESTUDIOS DE POSGRADO

Especialidad ()

| | | | | |
|---|-----------------|--------------------------------|--|--|
| _____ | | _____ | | |
| ANOTE EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD REALIZADA | | NOMBRE DE LA TESIS RECEPCIONAL | | |
| _____ | | _____ | | |
| NOMBRE DE LA SEDE DONDE CURSO LA ESPECIALIDAD | | INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE | | |
| _____ | | _____ | | |
| DURACIÓN EN AÑOS | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | | |

OTROS ESTUDIOS REALIZADOS

Diplomado ()

ANOTE EL NOMBRE DEL DIPLOMADO REALIZADO E INSTITUCIÓN

FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACIÓN

Maestría ()

ANOTE EL NOMBRE DE LA MAESTRÍA REALIZADA E INSTITUCIÓN

FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACIÓN

Doctorado ()

ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTORADO REALIZADO E INSTITUCIÓN

FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACIÓN

III. SITIO DE EJERCICIO

TRABAJO INSTITUCIONAL ACTUAL

NOMBRE DE LA UNIDAD

HORARIO DE TRABAJO QUE TIENE

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

CARGO O NOMBRAMIENTO

CALLE

NUM. EXT.

NUM. INT.

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

C.P.

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO (S) Y EXT.

EJERCICIO PRIVADO ACTUAL

Domicilio de su consultorio

HORARIO DE ATENCIÓN QUE TIENE EN SU CONSULTORIO

CALLE

NUM. EXT.

NUM. INT.

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

C.P.

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO (S) Y EXT.

Expreso que esta solicitud es voluntaria, por lo que anexo a mi curriculum vitae la documentación comprobatoria acerca de los estudios realizados y de mi actividad académica y profesional, los cuales son copias fotostáticas de los originales que obran en mi poder; acepto sean investigados y calificados por los comités correspondientes

➤ ANEXO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBIDAMENTE

ENGARGOLADOS EN ESTE ORDEN:

(exclusivamente copias fotostáticas)

- 1.- Título.
- 2.- Diploma de especialidad, diplomado, maestría y/o doctorado de acuerdo al caso.
- 3.- Cédula Profesional.
- 4.- En caso de recertificación favor de presentar una copia del certificado anterior.
- 5.- Acta de nacimiento.
- 6.- Constancias de actividades clínicas, docentes, administrativas, de investigación, de participación docente en educación continua.
- 7.- Constancias de asistencia a cursos, congresos, reuniones, seminarios, simposia, etc.
- 8.- Copia de la cara frontal de las publicaciones realizadas.

- 9.- Constancia de los trabajos presentados en congresos.
- 10.- Copia de la cara frontal de las tesis asesoradas.
- 11.- Copia de la cara frontal del reporte de las investigaciones realizadas.
- 12.- Constancia de las asociaciones a las que pertenece.
- 13.- Dos fotografías tamaño título ovalado y dos fotografías tamaño infantil.
- 14.- Si trabaja en forma institucional favor de anexar nombramiento o constancia de su dependencia. Y si trabaja en forma particular anexar una receta cancelada que avale que tiene un consultorio particular.

NOTA: Al entregar sus documentos deberá presentar a revisión el original del título y de la cédula profesional, las que le serán devueltas de inmediato.

Firma del Médico Solicitante _____