



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 CRITICA 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)		
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). <b>A partir del 2022 se deberá cumplir con el sistema de puntos.</b> 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. <b>Comprobante de pago por el derecho a examen a favor del capítulo</b> 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		

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.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

ESCRITO A MANO

FIRMA: \_\_\_\_\_