



CONSEJO MEXICANO  
DE NEUROLOGÍA, A.C.

FUNDADO EN 1971

### Datos Personales

Nombre (s) \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_

Apellido Materno \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Especialidad:

Neurología Adultos \_\_\_\_\_

Neurología Pediátrica \_\_\_\_\_

Medicina del Sueño \_\_\_\_\_

Terapia Endovascular \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

Ced. Profesional \_\_\_\_\_ Ced. Especialidad \_\_\_\_\_

Correo electrónico personal \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Dirección de Institución y/o Consultorio en donde ejerce

Institución \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_

No. Interior y/o Consultorio \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Alcaldía o Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Consultorio \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_  
No. Interior y/o Consultorio \_\_\_\_\_  
Colonia \_\_\_\_\_  
Alcaldía o Municipio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

### Formación Profesional y de Especialidad

Universidad donde realizó Licenciatura en Medicina

\_\_\_\_\_

Sede donde realizó Medicina Interna o Pediatría

\_\_\_\_\_

Universidad y Sede Formadora de Neurología

\_\_\_\_\_

Posgrados en Medicina

\_\_\_\_\_

En caso de haber presentado el examen de certificación previamente mencionado  
en que año (s) lo (s) presentó:

\_\_\_\_\_

