

Ciudad de México, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**CONSEJO MEXICANO DE  
NEUROFISIOLOGÍA CLINICA, A.C.  
PRESENTE:**

Por este conducto solicito al Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica, A.C. que de acuerdo a los requisitos exigidos en la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones y la Ley General de Salud en su Artículo 8, donde se establece que los Especialistas Médicos (mexicanos por nacimiento, naturalizados o extranjeros) cuenten con un certificado expedido por el Consejo de la Especialidad correspondiente con reconocimiento de Idoneidad, es *mi voluntad ser evaluado a través del examen teórico de certificación*, de acuerdo con sus estatutos y se me expida, en caso de resultar aprobado el Diploma de Certificación vigente respectivo. Al recibir el Diploma me comprometo a cumplir cabalmente con los objetivos de una adecuada práctica clínica; en caso de violación a los Estatutos del Consejo, éste podrá revocar o cancelar dicho certificado.

Así mismo, aceptaré la negativa de certificación vigente en caso de NO alcanzar la calificación mínima requerida. Estoy de acuerdo en liberar al Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica A.C. a sus miembros examinadores y ejecutivos de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos tomen en conexión con esta solicitud, para con la evaluación por examen teórico o por la negativa del Consejo para extenderme el Certificado de vigencia.

Autorizó al Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica A.C. el compartir mis datos personales relacionados con la certificación vigente al Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) para su eventual difusión, en cumplimiento al artículo 272 Bis 3 de la Ley General de Salud.

---

**Nombre**

---

**Firma**