



**CONSEJO MEXICANO DE HEMATOLOGÍA, A.C.**  
**SOLICITUD DE EXAMEN DE CERTIFICACIÓN PARA**  
**MÉDICOS HEMATÓLOGOS,**

1) **SUSTENTANTE:**

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres(s)
------------------	------------------	------------

**E mail:** \_\_\_\_\_

2) **ADIESTRAMIENTO** (Nombre del Hospital y / o Institución)

\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

PERIODO DE ADIESTRAMIENTO: \_\_\_\_\_ PROFESOR TITULAR DEL CURSO \_\_\_\_\_

3) **DOMICILIO PERMANENTE (PARA ENVIO DE DIPLOMA)**

\_\_\_\_\_

Calle	Número Exterior	Número Interior
-------	-----------------	-----------------

\_\_\_\_\_

Colonia	C.P.	Ciudad	Estado
---------	------	--------	--------

TELÉFONO (S) \_\_\_\_\_

4) **DOMICILIO Y/O LUGAR DE TRABAJO PROFESIONAL**

Nombre del Hospital y / o Institución \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO (SERVICIO) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

CONSULTORIO

\_\_\_\_\_

Calle	Número Exterior	Número Interior
-------	-----------------	-----------------

\_\_\_\_\_

Colonia	C.P.	Ciudad	Estado
---------	------	--------	--------

TELÉFONO (S) \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

5) **DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN ESTE REGISTRO:**

**Requisitos:**

- Enviar solicitud del examen completa
- Copia de CURP y copia del RFC
- Dos fotografías TAMAÑO DIPLOMA, DE FRENTE. (blanco y negro de estudio para certificado)
- Copia del título universitario de Médico Cirujano y de Cédula Profesional
- Carta de rotación por coagulación firmada por el responsable
- Carta de laboratorio de banco de sangre firmada por el responsable
- Constancia oficial del haber terminado el curso de Especialidad en Hematología en una sede hospitalaria reconocida por el Consejo (Título Universitario de la especialidad de Hematología y Acta de Examen Final)
- Currículum vitae (con documentos probatorios)
- Carta del Profesor Titular donde conste haber recibido Curso de Adiestramiento en Laboratorio y Medicina Transfusional.
- Comprobante de depósito de pago por la cantidad de \$5,000.00 M.N. en **BBVA BANCOMER No. de cuenta 0170690228, CLABE Interbancaria 012 180 00170690228 3**
- Hoja de privacidad de datos **FIRMADA**  
**La documentación debe ser ordenada en secuencia al formato de solicitud, engargolada y enviada a las oficinas del CMH**

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SUSTENTANTE

Recibió \_\_\_\_\_