**GUÍA PARA LA EVALUACIÓN CURRICULAR**

Se cumplen cinco años de su certificación por el Consejo Mexicano de Psiquiatría. La acreditación de la vigencia de su certificación consiste en dar fe ante sus pares, representados por el Consejo, de la formación y aprendizaje adquiridos en el periodo, mediante la extensión de documentos, títulos, certificados, diplomas y constancias. La meta es que usted acredite 250 puntos, de acuerdo con los parámetros establecidos por CONACEM y el CMP.

Este es el formato para acreditar su vigencia de certificación por evaluación curricular. Está dividido en cinco capítulos. Cada uno indica el cargo o la actividad que otorga puntaje, así como los mínimos y máximos acreditables. Usted deberá escribir en el espacio sombreado, el cargo o actividad y su puntaje correspondiente. Cada cargo o actividad deberá ser sustentado por el documento probatorio cuyas copias deberán ser entregadas en nuestras oficinas o enviadas a través de mensajería especializada (DHL, UPS, etc.). También deberá anexar copias de título universitario de Psiquiatría, cédula de especialidad, CURP y cédula fiscal para facturación. Además, dos fotografías en tamaño diploma (7x5cms) en óvalo, blanco y negro (no digitales**), varones saco y corbata**, para la elaboración del diploma, que deberán ser entregadas en nuestras oficinas, personalmente o mediante mensajería especializada.

**Currículum Vitae**

**CONSEJO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA**

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

NÚMERO DE CERTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NO.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DELEGACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL FIJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUCION DONDE LABORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HOSPITAL PRIVADO DONDE LABORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CED. PROFESIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CED. ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CURP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FISCAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(favor de incluir copias)

Declaro que todos y cada uno de los datos y documentos que avalan esta solicitud de validación de Certificación son ciertos y válidos.

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CAPÍTULO 1°. ACTIVIDAD ASISTENCIAL** |
| N° | CARGO | PUNTOS | COMENTARIOS |
| 1 | Práctica privada en consultorio | 10/año | El Consejo le solicita redactar carta bajo protesta de decir verdad y autorización de verificación de datos si así lo considera |
| 2 | Práctica Institucional Pública / Organizaciones Privadas:* Médico Adscrito o Adjunto
* Jefatura de Servicio\*
* Interconsultante
 | 15/año20/año5/año | \*Se considera en Jefaturas cualquier cargo directivo como Jefe de División, Subdirección, Direcciones o equivalentes |
| 3 | Miembro de Comité Médico (máximo 2) | 5/año |  |
| 4 | Actividad de asistencia social reconocida | 5/año |  |

***PARA ACREDITAR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL USTED REQUIERE EL MÍNIMO DE 50 PUNTOS, PUEDE ACREDITAR UN MÁXIMO DE 125 PUNTOS.***

**(sólo se puede cuantificar un cargo durante el mismo período, con la excepción de la participación en Comités Médico-Asistenciales)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAPÍTULO 1°. ACTIVIDAD ASISTENCIAL**  |  |
| N° | CARGO (Describa) | PUNTOS |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
|  | **SUMA DE PUNTOS POR ACTIVIDAD ASISTENCIAL:** |  |

|  |
| --- |
| **CAPÍTULO 2°. ACTIVIDAD ACADÉMICA** |
| N° | CARGO | PUNTOS | COMENTARIOS |
| 1 | Miembro activo de Sociedad Médica de la Especialidad reconocida por el Consejo* Nacional
* Extranjera
 | 5/año10/año |  |
| 2 | Miembro de Mesa Directiva de Sociedad Médica de la Especialidad reconocida por el Consejo\** Presidente
* Secretario / Tesorero
* Vocal o Coordinador de Capítulo
 | 12/año10/año5/año | \*Permanencia en mesas directivas no mayor a 3 años |
| 3 | Miembro de Academias* Ingreso
* Permanencia anual
 | 15 pts10/año |  |
| 4 | Actividades en el Consejo de la Especialidad* Presidente, Secretario Tesorero Encargado de exámenes
* Miembros Directores
 | 12/año10/año |  |
| 5 | Premios y Reconocimientos en la Especialidad* Nacionales
* Internacionales
 | 5 pts10 pts |  |
| 6 | Presentación de tesis universitariasAprobadas para:* Maestría
* Doctorado
 | 10 pts15 pts |  |

***PARA ACREDITAR LA ACTIVIDAD ACADÉMICA, USTED REQUIERE UN MÍNIMO DE 25 PUNTOS. PUEDE ACREDITAR UN MÁXIMO DE 100 PUNTOS***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAPÍTULO 2°. ACTIVIDAD ACADÉMICA** |  |
| N° | CARGO (Describa) | PUNTOS |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
|  | **SUMA DE PUNTOS POR ACTIVIDAD ACADÉMICA:** |  |

|  |
| --- |
| **CAPÍTULO 3°. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA** |
| N° | ACTIVIDAD | PUNTOS | COMENTARIOS |
| 1 | Sesiones Académicas* Hospitalarias
* Estatales
 | 1 pto1 pto | Se requiere que sean en relación a la especialidad y constancia |
| 2 | Cursos* Nacionales (con mínimo de 6 horas académicas)
* Internacionales (con mínimo de 8 horas académicas)
* Pre Congreso (con mínimo de 6 horas académicas)
 | 1 pto/hr1.5 pto/hr1 pto/hr |  |
| 3 | Taller (Con mínimo de 4 horas académicas) | 2 pts/hr | Requiere de evaluación final |
| 4 | Reunión o Encuentro Académico* Nacional (con mínimo de 16 horas académicas)
* Internacional (con mínimo de 20 horas académicas)
 | 1 pto/hr (16)1.5 pto/hr (30) |  |
| 5 | Congreso* Nacionales
* Internacional
* Mundial
 | 45 pts45 pts45 pts |  |
| 6 | Cursos en Medios Electrónicos, lectura de artículos y exámenes en línea avalados por el Consejo | 1pt/hr | Con evaluación y constancia |
| 7 | Adiestramiento en Servicio* Menos de seis meses
* Más de seis meses
 | 75 pts100 pts |  |

***PARA ACREDITAR LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA, USTED REQUIERE EL MÍNIMO DE 125 PUNTOS COMO ASISTENTE. PUEDE ACREDITAR UN MÁXIMO DE 300 PUNTOS***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAPÍTULO 3°. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA** |  |
| N° | ACTIVIDAD (Describa) | PUNTOS |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
|  | **SUMA DE PUNTOS POR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA:** |  |

|  |
| --- |
| **CAPÍTULO 4°. ACTIVIDADES COMO DOCENTE** |
| N° | ACTIVIDAD | PUNTOS | COMENTARIOS |
| 1 | Profesor de Pregrado en Psiquiatría* Titular
* Adjunto
* Asociado
 | 5/año3/año2/año | Con reconocimiento universitario |
| 2 | Profesor de Especialidad en Psiquiatría* Titular
* Adjunto
* Asociado o invitado
 | 10/año7/año5/año |  |
| 3 | Profesor de Postgrado (I año continuo) Curso de Alta Especialidad con reconocimiento universitario* Titular
* Adjunto o Asociado
 | 12/año8/año |  |
| 4 | Profesor en el extranjero | 1 pto/hr  |  |
| 5 | Profesor de Maestría* Titular
 | 15/año |  |
| 6 | Profesor de Doctorado* Titular
 | 20/año |  |
| 7 | Docente en Diplomado por 40 horas con Reconocimiento universitario* Titular
* Adjunto
 | 5/año3/año |  |
| 8 | Tutor de Tesis* Licenciatura
* Especialidad
* Subespecialidad o Alta especialidad
* Maestría
* Doctorado
 | 10/tesis15/tesis20/tesis30/tesis35/tesis |  |
| 9 | Sinodal de Examen* Licenciatura Examen Profesional
* Promoción de Grado en la Institución
* Titulación
* Maestría
* Doctorado
 | 2/examen2/examen2/examen5/examen10/examen |  |
| 10 | Ponente\* en Simposio, Panel, Conferencia, Mesa Redonda* Nacional
* Internacional
 | 2 pts/evento4 pts/evento | Se considera el puntaje por el total en evento académico y no por cada ponencia ya que éstas varían en duración |
| 11 | Conferencia Magistral* Nacional
* Internacional
 | 3 pts/evento6 pts/evento |  |
| 12 | Coordinador de Simposio, Panel, Foro, Conferencia, Mesa Redonda * Nacional
* Internacional
 | 1 pts/evento2 pts/evento |  |
| 13 | Actividades de la Especialidad* Revisor de trabajos libres
* Profesor titular de curso (organizador)
* Profesor adjunto de curso (organizador)
* Miembro del Comité Académico de la Especialidad (UNAM y otras Universidades)
* Profesor revisor en el PUEM
* Profesor revisor en el ECOE
 | 5 pts5 pts3 pts5 pts5 pts5 pts |  |

***PARA ACREDITAR LAS ACTIVIDADES COMO DOCENTE, USTED REQUIERE EL MÍNIMO DE 25 PUNTOS. PUEDE ACREDITAR UN MÁXIMO DE 150 PUNTOS***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAPÍTULO 4°. ACTIVIDADES COMO DOCENTE** |  |
| N° | ACTIVIDAD (Describa) | PUNTOS |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
|  | **SUMA DE PUNTOS POR ACTIVIDADES COMO DOCENTE:** |  |

|  |
| --- |
| **CAPÍTULO 5°. ACTIVIDADES COMO INVESTIGADOR** |
| N° | ACTIVIDAD | PUNTOS | COMENTARIOS |
| 1 | Miembro del Sistema Nacional de Investigadores* Ingreso
* Candidato
* Nivel I
* Nivel II
* Nivel III
 | 15 pts10/año15/año20/año25/año |  |
| 2 | Miembro del Sistema Institucional de Investigadores* A
* B o C
* D
* E
 | 5/año10/año15/año20/año |  |
| 3 | Trabajos Libres presentados en congresos (publicados en revistas indizadas)* Nacionales
* 1er autor o correspondiente
* Coautor
* Internacionales
* 1er autor o correspondiente
* Coautor
 | 4 pts2 pts6 pts3 pts |  |
| 4 | Publicación de trabajo de investigación en revista no indizada (divulgación) | 2 pts |  |
| 5 | Publicación de trabajo de investigación en revista nacional indizada * 1er autor o correspondiente o Jefe de grupo
* Coautor
 | 15 pts10 pts |  |
| 6 | Publicación de trabajo de investigación en revista internacional indizada * 1er autor o correspondiente o Jefe de grupo
* Coautor
 | 15 pts10 pts |  |
| 7 | Publicación de Capítulo de Libro en ISBN Nacional* 1er autor
* Coautor

Internacional* 1er autor
* Coautor
 | 10 pts5 pts6 pts3 pts |  |
| 8 | Publicación de libro nacional con ISBN* Editor o autor
* Editor asociado
 | 40 pts30 pts |  |
| 9 | Publicación de libro Internacional con ISBN* Editor o autor
* Editor asociado
 | 60 pts40 pts |  |
| 10 | Revisor en revista indizada (por artículo revisado)* Nacional
* Internacional
 | 5 pts10 pts |  |
| 11 | Miembro de Comité Editorial en revista indizada | 10 pts/año |  |

***PARA ACREDITAR LAS ACTIVIDADES COMO INVESTIGADOR, USTED REQUIERE EL MÍNIMO DE 25 PUNTOS. EL MÁXIMO QUEDA ABIERTO***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAPÍTULO 4°. ACTIVIDADES COMO INVESTIGADOR** |  |
| N° | ACTIVIDAD (Describa) | PUNTOS |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
|  | **SUMA DE PUNTOS POR ACTIVIDADES COMO INVESTIGADOR:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SUMA FINAL** |  |
| **PUNTOS POR ACTIVIDAD ASISTENCIAL:** |  |
| **PUNTOS POR ACTIVIDAD ACADÉMICA:** |  |
| **PUNTOS POR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA:** |  |
| **PUNTOS POR ACTIVIDADES COMO DOCENTE:** |  |
| **PUNTOS POR ACTIVIDADES COMO INVESTIGADOR:** |  |
| **Gran total:** |  |

**Cuota de renovación: $5,000.00 CINCO MIL PESOS**

**DATOS BANCARIOS**

CONSEJO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, A. C.

SCOTIABANK INVERLAT 0103927068 – CLABE INTERBANCARIA: 044180001039270689