

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSTANCIA DE TERMINACIÓN SATISFACTORIA DE RESIDENCIA**

**CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA  
DE URGENCIA, ASOCIACIÓN CIVIL.**

**PRESENTE.**

Me refiero a los estudios de especialidad que actualmente cursa el Dr. \_\_\_\_\_, alumno del \_\_\_ grado del Curso de Especialización en \_\_\_\_\_, con avalado por la (Universidad) \_\_\_\_\_, con Sede en (Hospital sede) \_\_\_\_\_, del (Institución de salud) \_\_\_\_\_, curso que Terminará con fecha del: \_\_\_\_\_.

En razón del grado de cumplimiento del programa que el referido médico ha alcanzado hasta el momento, me permito presentarlo como candidato para sustentar el examen de certificación de especialidad que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia que el Consejo Mexicano de Medicina de Urgencia A.C., que se llevara a cabo el día 17 de enero de 2025.

**ATENTAMENTE**

**DR.** \_\_\_\_\_.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE EMISIÓN:** \_\_\_\_\_

SELLO OFICIAL  
DE LA  
INSTITUCIÓN

Este documento debe imprimirse en hoja membretada de la sede hospitalaria de formación.