México a _____de_____2026

Dr. Juan Francisco Moreno Hoyos Abril

Presidente del Consejo Nacional de Neumología A.C.

Yo, el/la que suscribe Dr(a). _____ tengo el agrado de dirigirme a usted por este medio, con el objeto de solicitar mi inscripción a:

CERTIFICACIÓN 1ra vez (examen virtual presencial)

☐Neumología Adultos ☐ Neumología Pediátrica

☐Broncoscopía Intervencionista ☐ Broncoscopía I Pediátrica ☐ Rehabilitación Pulmonar

☐Fisiología Respiratoria ☐ Medicina del Sueño ☐ Endoscopía Torácica

Elija ciudad sede para presentar examen certificación 1ra Vez ☐ CDMX ☐ Monterrey ☐ Guadalajara

Al firmar esta carta, acepto los términos y condiciones establecidos en la actual convocatoria y me comprometo a cumplir con las fechas y métodos de evaluación establecidos por el CNN y no incurriré en ninguna irregularidad mediante el proceso de evaluación.

RECERTIFICACIÓN

☐ **C.V. / Puntaje (Registro CNN Vigente)** ☐ **Examen virtual (Registro CNN vencido)**

☐ Neumología Adultos ☐ Neumología Pediátrica

☐ Broncoscopía Intervencionista ☐ Broncoscopía I Pediátrica ☐ Rehabilitación Pulmonar

☐ Fisiología Respiratoria ☐ Medicina del Sueño ☐ Endoscopía Torácica

(En caso necesario puede marcar más de un proceso)

Ante el Consejo Nacional de Neumología A.C.

- Mis documentos probatorios los anexaré en la plataforma SIGME y estoy consciente que sólo se evaluarán los últimos 5 años.
- En caso, de no alcanzar el puntaje requerido para recertificación, me doy por enterado que tendré que presentarme al examen correspondiente.
- Con mi registro vencido, deberé presentar y acreditar el examen correspondiente para recuperar mi registro ante el CNN

DATOS DE FORMACIÓN NEUMOLÓGICA(Obligatoria)

Universidad de Egreso de Especialidad / Subespecialidad (Alta especialidad): **Fecha de Egreso:**

_____ _____

Institución de Residencia Especialidad [Marca E 1er casilla] / Subespecialidad (Alta especialidad) [Marca S 2da casilla]:

☐☐H Infantil E Chih ☐☐HC Militar ☐☐ INER ☐☐ H Infantil Mex ☐☐ HUNL ☐☐ HG Culiacán ☐☐ INP

☐☐ H Gral. Mex ☐☐ H Metro Mty ☐☐ IMSS _____

☐☐ ISSSTE _____ ☐☐ C. Sueño UNAM

☐☐ Extranjera _____ ☐☐ Otra: _____

Cédula de Especialidad: _____ Teléfono celular personal: _____

Correo electrónico personal: _____ (Se usará para contacto y notificaciones de CNN)

ATENTAMENTE

Nombre _____ **Firma** _____