

# CERTIFICACION DE CIRUGIAS

Por la presente certifico que el/la Dr. /Dra. ....  
..... MP..... Ha realizado en los  
dos últimos años las prácticas que mas abajo se detallan:

Cirugías mayores

| FECHA | Práctica | Cantidad |
|-------|----------|----------|
|-------|----------|----------|

## Ejemplo

### CIRUGÍAS MAYORES – CIRUJANO

| FECHA | Práctica           | Cantidad |
|-------|--------------------|----------|
|       | Gastrectomía total | 2        |

Igual para Cirugías medianas y Cirugías menores. Por separado las de cirujano de las de ayudante.

Las prácticas y cirugías por vía endoscópica se deberán consignar por separado.

**La Comisión de Especialidad se reserva el derecho de verificar las prácticas en los libros de quirófano.**

Lugar y fecha:.....

Sello del establecimiento

Firma y sello

Firma y sello

Director establecimiento

Jefe de Servicio

**En cada hoja apellido y nombre y MP del colega solicitante, firmas del Jefe de Servicio y del Director del establecimiento.**