

**XXII CURSO-TALLER DE ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA MANO
Del 16 al 19 de Junio del 2025**

Profesor Titular: Dr. Francisco Emilio Ferreira Águila

INFORMACIÓN DEL CURSO-TALLER:

Curso-taller dirigido a:

- Especialistas en Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Especialistas en Ortopedia y Traumatología
- Médicos Residentes en:
 - Cirugía General
 - Cirugía Plástica y Reconstructiva
 - Ortopedia y Traumatología

El curso-taller se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Adiestramiento Quirúrgico **Surgical Skills** ubicado en Hacienda de la Gavia 74 Col. Bosque de Echegaray, Naucalpan Estado de México CP 53310

El Curso-Taller está limitado únicamente a 32 alumnos

Documentos solicitados:

- Título profesional de Médico Cirujano
- Título profesional de especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva o en Ortopedia y Traumatología.
- En caso de estar cursando actualmente la Residencia Médica se solicita una **Constancia con una vigencia no mayor a 6 meses** al momento de la solicitud de inscripción en el Curso-Taller; la constancia puede ser 1 o más de las siguientes:
 - Por parte del Departamento de Enseñanza de su Sede confirmando el año que actualmente se encuentra cursando.
 - Por parte del Profesor Titular de su Sede confirmando el año que actualmente se encuentra cursando.
 - Inscripción a la Especialidad, Sede y año que actualmente se encuentra cursando.
- Identificación oficial.
- Formato de solicitud de inscripción llenado con letra de molde o computadora.

Proceso de inscripción:

Los documentos solicitados deberán ser legibles y enviados en formato PDF al correo electrónico **cursodemano2025@gmail.com** donde serán revisados y en caso de estar completos y legibles serán aprobados.

Una vez que los documentos sean aprobados se le enviará un correo electrónico con el formato de pago del curso-taller. El **formato de pago será individual e intransferible** sin excepción por lo que le solicitamos NO enviar documentación incompleta ni borrosa ya que no será aprobada y no se le enviará formato de pago.

Una vez realizado el pago bancario o transferencia se le solicita que lo envíe nuevamente al correo electrónico **cursodemano2025@gmail.com** escribiendo en el apartado de asunto “pago curso-taller de mano 2025 + su nombre y apellido”, adjuntar los comprobantes de pago y redactando en el correo electrónico su “nombre completo”.

El costo del curso-taller es de **\$11,500.00 MXN (once mil quinientos pesos mexicanos) por alumno** y la **fecha límite para el pago es el 4 de Abril del 2025**. En caso de NO realizar su pago en la fecha límite su lugar será asignado a otro alumno(a) en lista de espera y con documentación completa-aprobada.

En caso de que su documentación esté completa y el pago se haya realizado en tiempo y forma se le enviará un correo electrónico dándole la bienvenida y confirmando su inscripción al curso-taller.

Breve descripción del curso-taller:

El curso-taller será teórico-práctico de 07:00h a 14:00h cada día; se realizará un examen diagnóstico al inicio y un examen al final del curso-taller. Se requiere aprobar el examen final y una asistencia al menos del 90% para poder obtener la constancia de asistencia al curso-taller.

Diariamente se abordarán temas concernientes a las diversas patologías en cirugía de mano así como a sus diversas técnicas quirúrgicas reconstructivas para su resolución, dichos temas serán impartidos por profesores expertos invitados. Una vez terminada la fase teórica se procederá a la fase práctica en piezas anatómicas seccionadas (miembro superior) para reproducir las técnicas quirúrgicas vistas en la fase teórica y reforzar el conocimiento de manera integral.

Para la fase práctica del curso-taller se les proporcionará: Material e instrumental quirúrgico necesario para realizar los ejercicios quirúrgicos, equipo de bioseguridad personal así como servicio de coffee break y snacks.

***Curso-Taller avalado por la Asociación Mexicana de Cirugía de la Mano**

XXII CURSO-TALLER DE ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA MANO
Del 16 al 19 de Junio del 2025

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Masculino _____ Femenino _____

Fecha de nacimiento: _____

E-mail: _____

Teléfono: _____

Especialidad (En caso de que aplique):

Residencia Médica (En caso de que aplique):

Año o Grado de Residencia Médica: _____

Sede de su Residencia Médica: _____
