



Carta compromiso para los participantes del “2º Diplomado en Anestesia Geriátrica”

FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ANESTESIOLOGÍA A.C P R E S E N T E

A través de la presente solicito mi inscripción para participar en el **2º Diplomado en Anestesia Geriátrica** compuesto por:

Siete módulos (modalidad virtual):

- 1.- Cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento. Lo que debe conocer el anestesiólogo.
- 2.- Evaluación integral preoperatoria del paciente geriátrico.
- 3.- Técnicas anestésicas y las principales consideraciones en el paciente geriátrico
- 4.- Principales consideraciones para el abordaje anestésico del adulto mayor quirúrgico.
- 5.- Anestesia para el adulto mayor en cirugía de urgencias.
- 6.- Manejo de complicaciones, eventos adversos transanestésicos y situaciones especiales.
- 7.- Ética en la atención del paciente adulto mayor.

Tres talleres (Presenciales en un fin de semana en Ciudad de México).

1. Taller TIVA y Monitoreo del Estado Anestésico en el Paciente.
2. Taller Anestesia Regional en el Paciente Geriátrico.
3. Taller Arritmias cardíacas durante la anestesia del paciente geriátrico.

Las fechas de los talleres serán el 19 y 20 de septiembre de 2026. Lo anterior con el objetivo de desarrollar las competencias necesarias para atender con calidad a pacientes geriátricos durante el manejo perioperatorio.

Entiendo que el diplomado se desarrolla en un periodo de **169 días naturales (del 06 de julio al 30 de diciembre del 2026)** para concluirlo, teniendo en cuenta que el acceso a la plataforma estará disponible las 24 horas del día. Por lo que destaco el compromiso que asumo para cumplir con las exigencias del diplomado en todos sus módulos, completarlo en su totalidad y aplicar los temas aprendidos en mi quehacer profesional. Entiendo que, para concluir, de forma satisfactoria debo cubrir la calificación mínima de 8, participación activa en las sesiones asincrónicas y actividades propuestas en la plataforma, la asistencia obligatoria a los 3 talleres. De igual forma comprendo que los materiales audiovisuales que se utilizarán están protegidos por el derecho de autor y solo serán compartidos para finalidad de este diplomado.

Por lo que afirmo que he entendido la información precedente y me comprometo a concluir en tiempo y forma las actividades y evaluaciones del diplomado.

Nombre:

Fecha:

Institución:

Hospital donde labora o laboró:

Correo electrónico personal:

Teléfono:

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



Versalles 16, Juárez, Cuauhtémoc,
06600 Ciudad de México, CDMX



55 2124 2013



ensenanza1@fmcaac.mx



www.fmcaac.mx