

Certificado de Salud

Al solicitante: Esta forma debe ser entregada a su médico personal, a fin de que pueda proporcionar la información necesaria sobre su estado de salud. Llene usted los siguientes renglones:

Nombre del aspirante _____
Centro de Estudio al que desea ser admitido Centro de Estudios Económicos
Programa al que postula Doctorado en Economía

Al médico que practicará el examen: El Colegio de México se interesa en conocer el resultado del examen médico general que practique al solicitante. Los resultados del examen serán confidenciales por lo que le pedimos que en sobre cerrado y sellado se lo entregue al estudiante.

Estatura _____ Peso _____ Presión arterial _____

1. Favor indicar con una "N" si es normal, o una "A" si es anormal y escriba detalles en "Observaciones".

Cabeza	_____	Oídos	_____	Cuello	_____	Corazón	_____
Nariz	_____	Garganta	_____	Hernia	_____	Abdomen	_____
Ojos	_____	Faringe	_____	Reflejos	_____	Pulmones	_____

2. El solicitante se encuentra en tratamiento médico. De qué padecimiento? _____

3. Grupo y Factor Sanguíneo _____

4. El solicitante ha sufrido alguna vez de desórdenes nerviosos o mentales? _____

5. Considera usted que el solicitante está capacitado físicamente para emprender estudios que implican largas horas de trabajo y dedicación? Si _____ No _____

6. Muestra el solicitante síntomas de enfermedades contagiosas, fatiga o defecto físico? Si _____ No _____

7. En su opinión las condiciones de salud mental y física del solicitante son:
Excelente _____ Buenas _____ Regulares _____ Malas _____

Observaciones: Describa cualquier anomalía notada en alguno de los aspectos anteriores y cualquier otro comentario que estime pertinente. Si le es necesario, escrita a la vuelta de esta hoja o use hojas adicionales.

Nombre del Médico _____ Cédula Profesional _____

Domicilio: _____

Lugar y fecha: _____ Firma _____