

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSE MA. LUIS MORA

Plaza Valentín Gómez Farías No. 12, Col. San Juan, Mixcoac

C.P. 03730. México, D. F.

Tel.: 55-98-37-77 Fax: 55-63-71-62

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.

Nombre del alumno:

Dirección:

Maestría en:

Al médico que practicará el examen: Al Instituto Mora le interesa conocer el resultado del examen médico general que practique al solicitante. Los resultados del examen serán confidenciales.

a) Estatura _____ Peso _____ Presión arterial _____

En los espacios siguientes sírvase escribir una "N" si es normal o una "A" si es anormal y escriba mayores detalles en "Observaciones"

| | | | |
|--------------|---------------|----------------|----------------|
| Cabeza _____ | Oídos _____ | Cuello _____ | Corazón _____ |
| Nariz _____ | Recto _____ | Hernia _____ | Abdomen _____ |
| Ojos _____ | Faringe _____ | Reflejos _____ | Pulmones _____ |

b) Resultado de radiografía de tórax reciente: _____

c) Análisis de sangre: _____

d) ¿El solicitante ha sufrido alguna vez de desórdenes nerviosos o mentales? _____

e) ¿Considera usted que el solicitante está capacitado físicamente para emprender estudios que implican largas horas de trabajo y dedicación? Sí _____ No _____

f) ¿Muestra el solicitante síntomas de enfermedades contagiosas, fatiga o defecto físico?
Sí _____ No _____

g) En su opinión las condiciones de salud mental y física del solicitante son:

Excelentes _____ Buenas _____ Regulares _____ Malas _____

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

Nombre y título del médico _____ **Firma** _____

Dirección _____

Lugar y fecha del examen _____ **Cédula Profesional No.** _____