

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: _____

Dirección: _____

Nombre del médico que llenará este certificado: _____

Al médico que practicará el examen: Se le agradecerá a usted entregar este certificado al solicitante en sobre cerrado. Los resultados del examen serán confidenciales.

a) Estatura _____ **Peso** _____ **Presión arterial** _____

En los resultados siguientes sírvase escribir una "N" si es normal, o una "A" si es anormal. Para mayores detalles sírvase usar el espacio de "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 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 o fatiga?

Sí []	No []
--------	--------

g) En su opinión, las condiciones físicas del solicitante son:

Excelentes []	Buenas []	Regulares []	Malas []
----------------	------------	---------------	-----------

Observaciones: (Si es necesario, escriba a la vuelta o añada hojas)

Lugar y fecha de examen:

Firma _____ **Cédula profesional No.** _____