

**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:**

**Doctorado 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.** \_\_\_\_\_