

EMPLEOS *desempeñados, o cargos y actividades profesionales, docentes o de investigación ocupados (comience por el más reciente). En caso necesario utilice otra hoja.*

CARGO O POSICIÓN	ORGANIZACIÓN (NOMBRE Y CARACTERÍSTICAS)	CIUDAD	FECHAS	
			DE	A

REFERENCIAS. *Indique tres profesores de su especialidad con quienes haya seguido cursos recientemente, que puedan informar sobre su preparación para los fines de esta solicitud*

NOMBRE	ESPECIALIDAD Y/O CARGO	INSTITUCIÓN

BECAS recibidas para estudios profesionales (comience por la última)

ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN	FECHAS		PROPÓSITO, INSTITUCIÓN Y PAÍS
	DE	A	

En caso de contar con beca para realizar sus estudios, indique el organismo o la institución que se la otorgará

Nombre del padre o la madre: _____	Ocupación: _____
Domicilio del padre o la madre: _____	Teléfono: _____
Persona a quien avisar en caso de emergencia; _____	Teléfono: _____

Lugar y fecha

Firma

Los estudiantes que no hayan sido admitidos deberán retirar sus documentos. La institución no asume ninguna responsabilidad después de **30 días** de comunicada la decisión.

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: _____

Centro de Estudios al que desea ser admitido: CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRAFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Nombre del médico que firmará este certificado: _____

Al médico que practicará el examen: El Colegio de México se interesa en conocer el resultado del examen médico general que practique al solicitante. Mucho agradeceremos a usted remitir este certificado a la dirección arriba señalada. Le rogamos no entregarlo 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 anormalidad notada en alguno de los aspectos anteriores y cualquier otro comentario que estime pertinente. Si le 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 núm. _____

CARTA DE RECOMENDACIÓN ACADÉMICA

Al solicitante: Entregue usted esta forma a uno de los profesores con quienes haya estudiado (o enseñado, o trabajado) recientemente y que pueda hacer comentarios sobre su disposición para el tipo de estudios que pretende seguir. Llene usted los siguientes renglones:

Nombre: _____

Dirección: _____

Centro de Estudios al que desea ser admitido: CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Nombre del **profesor** que completará esta forma: _____

Título: _____ Institución: _____

Al profesor informante: El Colegio de México se interesa en conocer su opinión, lo más objetiva posible, sobre la idoneidad del solicitante, sobre su personalidad (en la medida en que ésta influya sobre los estudios que pretende seguir), sobre sus cualidades intelectuales y aprovechamiento académico. Su informe será confidencial, y le rogamos que no se lo entregue al estudiante, sino que lo envíe a la dirección arriba señalada (escriba usted en este espacio y si hace falta, también a la vuelta de la hoja y aún en hojas adicionales).

Fecha

Firma
