

**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 HISTÓRICOS

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 se practique al solicitante. Mucho agradeceremos a usted entregar este certificado en sobre cerrado y sellado 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 desórdenes nerviosos o mentales? \_\_\_\_\_

e) ¿Considera usted que el solicitante está capacitado físicamente para emprender estudios que implican largas horas de trabajo y dedicación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

f) ¿Muestra el solicitante síntomas de enfermedades contagiosas, fatiga o defecto físico? SI \_\_\_\_\_ 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 y cualquier otro comentarios 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 Núm. \_\_\_\_\_