

PROGRAMA DE BECAS
CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del/la postulante _____

Nacionalidad _____

Solicitante:

Esta forma deberá ser entregada para que la llene el o la médico que te hará el examen médico, para que nos proporcione información necesaria sobre tu estado de salud.

Médico (a) que practique el examen:

La Fundación Heinrich Böll se interesa en conocer el examen médico general que le practique al/la solicitante. Los resultados que usted proporcione serán estrictamente confidenciales. En caso necesario le solicitaremos informes adicionales sobre el estado de salud del (a) solicitante. Agradecemos su amable colaboración.

1. Estatura _____ (metro y centímetros) Peso _____ (kilos)

Presión arterial _____

2. ¿Padece la (el) solicitante en la actualidad, alguna enfermedad o alguna secuela de enfermedad?

Sí () No ()

Especifique _____

3. ¿Está bajo tratamiento o tomando algún medicamento? Si () No ()

Especifique _____

4. ¿Tiene alguna alergia? Si () No ()

Especifique _____

5. En su opinión la estabilidad psicológica del (a) solicitante es:

Excelente () Buena () regular () pobre ()

Especifique _____

6. ¿Considera que la (el) solicitante está capacitado físicamente para emprender estudios que implican largas horas de trabajo y dedicación en un país extranjero?

Si () No ()

7. En su opinión las condiciones de salud física de la (el) solicitante son:

Excelentes () Buenas () Regulares () Malas ()

Especifique _____

Observaciones: Describa cualquier anomalía notada en alguno de los aspectos anteriores y cualquier otro comentario que estime pertinente. Puede emplear las hojas adicionales que considere conveniente.

Nombre del médico/a: _____

Cédula profesional _____

Dirección _____

Teléfono (con clave de larga distancia) _____

Lugar y fecha de examen: _____

Firma: _____