

**HEINRICH BÖLL STIFTUNG**  
**MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE**

PROGRAMA DE BECAS  
CERTIFICADO MÉDICO

Nombre \_\_\_\_\_

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 (a) solicitante. Mucho le agradeceremos que entregue este certificado al (a) solicitante en un sobre debidamente cerrado y sellado. 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 esta 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: \_\_\_\_\_