



EL COLEGIO DE  
MÉXICO, A.C.

CAMINO AL AJUSCO NÚM. 20

PEDREGAL DE STA. TERESA

CP. 10740 MÉXICO, D.F.

TÉL: 54-49-29-09

FAX: 56-45-45-84

Email: [bibmaestria@colmex.mx](mailto:bibmaestria@colmex.mx)

### 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: BIBLIOTECA DANIEL COSÍO VILLEGAS

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 anomalía 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. \_\_\_\_\_