

La Fundación Heinrich Böll se interesa en conocer el resultado del examen médico que practique a el/la solicitante de beca. Se le solicita entregar este certificado a el/la candidato/a en un sobre debidamente cerrado y sellado. Los resultados que usted proporcione serán estrictamente confidenciales. Si se considera necesario, le solicitaremos más información con respecto al estado de salud de el/la solicitante. Agradecemos su colaboración.

Nombre de el/la candidato/a: _____ Nacionalidad: _____

Estatura (en cm.) _____ Peso (en kilos) _____ Presión arterial _____

1. ¿Tiene el/la solicitante, en la actualidad, alguna afección o lesión?

NO () SI ()

Especifique: _____

2. ¿Está bajo tratamiento o tomando algún tipo de medicamento?

NO () SI ()

Especifique: _____

3. ¿Ha padecido el/la solicitante, alguna vez, desordenes nerviosos o mentales?

NO () SI ()

Especifique: _____

4. ¿Considera que el/la solicitante está capacitado físicamente para emprender estudios que implican largas horas de lectura y trabajo?

NO () SI ()

Especifique: _____

5. En su opinión, las condiciones de salud mental de el/la solicitante son:

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

Especifique: _____

6. En su opinión, las condiciones de salud física del solicitante son:

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

Especifique: _____

7. Resultado interpretativo de los análisis de sangre, materia fecal y orina:

OBSERVACIONES: Describa cualquier anomalía observada en el candidato/a y los resultados de sus exámenes médicos. Emita los comentarios que le parezcan pertinentes. Utilice hojas adicionales, si es necesario.

Nombre de el/la médico/a: _____

Especialidad: _____ Cédula profesional N°: _____

Dirección clínica: _____ Teléfono: _____

Lugar y fecha del examen: _____ Firma: _____