

**PROGRAMA DE MOVILIDAD ESTUDIANTIL y ACADEMICA**  
**ALIANZA PACIFICO**  
**CONVOCATORIA AÑO 2013**

**ANEXO II**  
**CERTIFICADO MEDICO**

**I. Datos Generales**

Nombre y apellido:	Domicilio:	País:
Teléfonos:	Documento de Identificación:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Profesión / Actividad:	Estatura / Talla:	Peso:
Pulso:	Presión Arterial:	Otro:

**II. Antecedentes Médicos**

<b>Antecedentes Físicos personales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>DETALLE/ OBSERVACIÓN</b>
Aparato Cardiovascular			
Aparato Respiratorio			
Aparato Digestivo			
Aparato Ocular			
Sist. Endocrino-Metabólico			
Sistema Nervioso			
Aparato Ocular			
Aparato Auditivo			
Prótesis			
Alergias			
Discapacidad			
Intervenciones quirúrgicas			

**Antecedentes Físicos personales**
**SI NO**
**DETALLE/ OBSERVACIÓN**

Tratamiento psicológico			_____
otros			

<b>MEDICACIÓN ACTUAL (NOMBRE, FRECUENCIA, DOSIS)</b>	
------------------------------------------------------	--

<b>Antecedentes Familiares</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>DETALLE/ OBSERVACIÓN</b>
Diabetes			
Asma			
Hipertensión			
Epilepsia			
Cardiopatía			
Otros			

**III. Examen de laboratorio (anexar originales)**

	<b>Fecha</b>	<b>Resultado</b>	<b>Observación</b>
Serología			
Baciloscopia			
Prueba de embarazo			
Hemoclasificación			
Cuadro hemático			
Parcial de orina			

**EL CANDIDATO ES**
**APTO:**
**NO APTO:**

<b>El suscrito medico reviso satisfactoriamente los exámenes solicitados.</b>	<b>Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo medico</b>
<b>Firma Medico:</b>	<b>Firma Postulante:</b>



<b>Registro Medico N°:</b>	<b>N° Documento de Identificación:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>