

¿Es usted alérgico a algún medicamento antibiótico u otros medicamentos? Si No.

Especifique: _____.

¿Está usted ahora bajo tratamiento? Si No. ¿De qué tipo? _____.

¿Toma medicina regularmente? Si No. ¿Cuál? _____.

¿Ha tenido alguna vez una alteración? Si No. ¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____.

¿Cuál es su tipo de sangre? _____.

EXAMEN MÉDICO

Esta sección debe ser llenada por su médico, al cual le pedimos haga una examinación completa y precisa.

Altura _____ Peso _____

Corazón _____ Presión Sanguínea _____

Nariz y garganta _____ Sinusitis _____

Dientes _____ Piel _____

NUTRICIÓN: Excelente Buena Regular Mala

¿Hay algún problema de tiroides o dificultad glandular? _____.

¿Hay alguna debilidad especial o limitación? _____.

¿Considera que la salud del solicitante es adecuada para responder bien a los estudios y actividades de este Instituto? _____.

COMENTARIOS:

Nombre de Médico: _____.

Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____.

Firma: _____.

*** Para el Centro Cristiano "Estandarte Para Las Naciones" A.R., la confidencialidad de sus datos personales es indispensable, por lo tanto, serán tratados conforme a lo establecido en nuestro *Aviso de Privacidad*. Consúltelo en nuestra página web www.institutoespana.org. Calle la Hacienda No. 4401-B. Col. Santiago Momoxpan. San Pedro Cholula, Pue. | Teléfono: (222) 303 02 08 | Fax: (222) 285-06 44 | Correo: espana@amistaddepuebla.org