

**Ministerio de Educación, Juventud y Cultura Física
de la República Checa**
Departamento de Relaciones Internacionales
Karmelitská 7, 118 12 Prague 1, tel. 57193111, fax 57193397

INFORME MEDICO

Nombre y apellido del candidato:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

1) E en el momento de expedir el informe presente se encuentra el candidato en tal estado de salud que no hace suponer su deterioro en el caso de los estudios intensos en el extranjero?

2) Sufrió o sufre el candidato de las enfermedades indicadas? Precise por favor su diagnóstico y el período y evolución de su enfermedad:

a) tuberculosis - indique por favor los resultados de la radiografía del pulmón con la fecha de menos de 6 meses de anterioridad

b) fiebre tifoidea - en su caso indique la fecha y los resultados de los exámenes que sirven para identificar los portadores de bacilos

c) infecciones transmitidas ante todo por la vía sexual

d) defectos mentales

e) enfermedades graves del sistema circulatorio, incluso las enfermedades del corazón

f) enfermedades graves del sistema respiratorio, incluso las enfermedades crónicas del pulmón

g) enfermedades graves del systema digestivo, incluso las enfermedades del hígado

h) enfermedades graves de las vías urinarias y del sistema sexual

ch) otras enfermedades que exigen un control médico regular o tratamiento (por ejemplo diabetes mellitus, enfermedades paroxismales, neoplasmas etc.)

i) otras observaciones del médico:

Fecha:

Firma del médico:

Nombre y apellido del médico:

Dirección:

Sello del médico: