



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

CERTIFICADO MÉDICO DEL POSTULANTE

1. Datos personales del postulante

Nombre:	
Cédula de Identidad:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Previsión:

2. Declaración del médico informante:

Observaciones de la evaluación médica:

El médico que suscribe, declara haber realizado la presente evaluación al (la)

Postulante Sr (ta) _____

certificando que su actual estado de salud es _____
(rellenar con compatible o incompatible)

con el estudio de la carrera de Pedagogía en Educación Física.

3. Identificación del médico informante:

Nombre Completo:	
Especialidad:	
Cédula de Identidad:	Fono:
Lugar de Atención:	
Fecha:	Firma y Timbre: