

Certificado Médico

Nombre del paciente:

..... , ☐ m ♂ ☐ f ♀
 Apellido(s) Nombre(s) sexo Fecha de nacimiento

El/la que subscribe, Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, habiendo practicado reconocimiento médico al/la paciente arriba indicado, certifica:

- ☐ No existen síntomas de enfermedad orgánica o infecciosa ni de ninguna otra enfermedad transmisible.
- ☐ El/la paciente no padece ninguna enfermedad crónica (física, psicológica o psiquiátrica) que lo/la limite físicamente o de otra forma.

¿El/la paciente ha tenido COVID-19 comprobado por una prueba positiva (PCR o antígeno) en los últimos 90 días?: En caso de ser afirmativo, indicar la fecha en la que obtuvo el resultado:.....

¿El/la paciente está vacunado contra COVID-19?:

En caso de estar vacunado, ¿qué vacuna recibió?

¿Cuántas dosis?:

¿Cuándo recibió la última dosis?:

Observaciones/enfermedades (físicas, psicológicas o psiquiátricas)/alergias/comentarios/ medicamentos que tenga prescritos:

.....

Grupo sanguíneo:

Factor R.H.:

Fecha:

Nombre Doctor:

Firma Doctor:

Cédula Profesional:

Aviso de Privacidad:

La Dirección de Cooperación Académica de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, con domicilio en Prolongación Paseo de la Reforma número 880, Colonia Lomas de Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, Código Postal 01219, en la Ciudad de México, utilizará sus datos personales recabados para prestarle servicios académicos en la enseñanza de una lengua extranjera, y gestionar su trámite de movilidad académica. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral accediendo a la liga <http://www.ibero.mx/aviso-legal-y-de-privacidad>.