



REPORTE MÉDICO

Nombre del solicitante _____

Al Doctor: La persona arriba mencionada ha hecho esta una solicitud para realizar un trabajo misionero, en el cual habrá exigencia física.

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre el solicitante

1. Altura _____ Peso _____
2. Es bajo el peso? _____ Si es así cuanto? _____
Hay algún problema a raíz de esto? _____
3. Existe sobrepeso? _____ Si es así cuanto? _____
4. Tiene alguna dieta especial? _____ Si es así cuál es?

5. Tiene alguna limitación física debido a problemas de la columna? _____ Necesita
tratamiento regular? _____
Comentario _____
6. Podría andar 5 a 7 Km. Al día? _____
7. Está bajo supervisión médica este momento o tomando medicina? _____ Si es así, de que
tipo y cuál la condición?

8. En su opinión está el solicitante generalmente con buena salud?

9. Certifica UD, que el solicitante no tiene enfermedades contagiosas _____

Por favor utilice el espacio siguiente para hacer comentarios en cuanto a la salud del solicitante o limitaciones especiales que afectan sus capacidades físicas, mentales o emocionales.

Firma y sello del Doctor _____ Fecha _____

Nombre del Doctor (escriba con letra imprenta)

Dirección completa _____

Por favor devolver este formulario a:

**Juventud Con Una Misión
Casilla 1607
Santa Cruz - Bolivia**