



FORD FOUNDATION  
INTERNATIONAL  
FELLOWSHIPS PROGRAM

**PROGRAMA INTERNACIONAL DE BECAS  
DE POSGRADO PARA INDÍGENAS**  
Fundación Ford



**CARTA DE DECLARACIÓN  
DE ESTADO DE SALUD**

**Nota:** Tener alguna afección, enfermedad o discapacidad física no representa un impedimento para optar por esta beca. En caso de resultar electo (a) finalista, se le requerirá un certificado médico oficial. La información que usted proporcione es de carácter estrictamente confidencial.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

1.- Declaro que me encuentro en condiciones de salud adecuadas para llevar a cabo estudios de posgrado

Sí

No

---

2.-

Actualmente estoy recibiendo  
tratamiento médico

Actualmente no estoy recibiendo  
tratamiento médico

Especifique:

---

3.-

En los últimos 12 meses he recibido  
tratamiento médico

En los últimos 12 meses no he recibido  
tratamiento médico

Especifique:

---

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_