IN-04

**FICHA MÉDICA**

***Medical Information Form***



Es importante que el/la estudiante lea detenidamente los siguientes puntos antes de completar el formulario:

*It is important for the student to reed carefully the following points before answering the form:*

* **Ocultar información médica es motivo de expulsión del Programa de Intercambio.**
* La información entregada es confidencial y será mantenida en secreto.
* La información suministrada en la ficha médica es crucial para:
  1. Contratar el seguro de salud **OBLIGATORIO** que exige el Programa de Intercambio.
  2. Tener información necesaria en caso de emergencia médica.
* ***La demora en enviar esta ficha podría entorpecer el proceso de aplicación y aceptación al programa.***
* ***Avoiding medical information grounds for expulsion from the Exchange Program***
* *The information provided it is confidential.*
* *The information provided it is crucial for:*
  1. *Hiring MANDATORY health insurance required by the Exchange Program.*
  2. *Having the information needed in case of emergency.*
* ***Delay in sending the health form might hinder the application process and acceptance to the program.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **01. Apellido/s y Nombre/s**  *Last name/s and Name/s* | |  |
| **02. Sexo**  *Gender* | | Femenino  Masculino |
| **03. Fecha de Nacimiento**  *Date of birth* | | /     /      día/mes/año [escribir en números] |
| **04. Nacionalidad**  *Nationality* | |  |
| **06. Número de Pasaporte**  *Passport Number* | |  |
| **07. Estado civil**  *Marital Status* | |  |
| **08. Altura [en metros o centímetros]**  *Height [on meter or centimeters]* | |  |
| **09. Peso [en kilogramos]**  *Weight [on kilograms]* | |  |
| **10. Estado general de salud**  *How would you describe your health* | | Excelente  Muy Bueno  Bueno  Malo |
| **11. Antecedentes de cirugía**  *Surgery Records* | | Sí  No |
| **12. Fecha de cirugía**  *Date of surgery* | | /     /      día/mes/año [escribir en números] |
| **13. Tipo de cirugía**  *Type of surgery* | |  |
| **14. ¿Tiene colocado marcapaso o prótesis?**  *Do you use a pacemarker or prosthesis?* | | Si  No |
| **15. Antecedentes psiquiátricos**  *Phychiatric records* | | |
|  | **15.a. ¿Tiene antecedentes de enfermedades psiquiátricas?**  *Do you have any psychiatric record?* | Si  No |
|  | **15.b. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico?**  *Are you under psychiatric treatment?* | Si  No |
|  | **15.c. En caso de haber seleccionado «si» en 15.a. y 15.b indique cuál/cuáles**  *If you answered YES to 15.a. and 15.b indicate which pertain to you.* | **Psicoterapia**  *Psychotherapy*  **Psicofármacos**  *Prescribed psychological drugs*  **Internaciones psiquiátricas**  *Mental Health Ward* |
| **16. Antecedentes de internaciones clínicas**  *Hospitalization records* | | |
|  | **16.a. Fecha**  *Date* | /     /      día/mes/año [escribir en números] |
|  | **16.b. Motivo**  *Reason* |  |
| **17. ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento?**  *Are you under any treatment at the moment?* | | |
|  | **17.a. ¿Si o no?**  *yes or not?* | Si  No |
|  | **17.b. Medicación**  *Medicine* |  |
|  | **17.c. Diagnóstico**  *Diagnosis* |  |
|  | **17.d. Evolución**  *development* |  |
|  | **17.e. Médico tratante**  *full name of the doctor* |  |
|  | **17.f. Dirección del médico**  *contact address* |  |
|  | **17.g. Teléfono del médico**  *Phone* |  |
| **18. Última vez que se realizó estudios o análisis.**  *Last time you made a medical check up* | | |
|  | **18.a. Fecha**  *Date* | /     /      día/mes/año [escribir en números] |
|  | **18.b. ¿Cuál fue la razón?**  *Reason* |  |
|  | **18.c. ¿Obtuvo resultados normales?**  *Did you obtain positive results?* | Sí  No |
| **19. ¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias?**  *Do you suffer from any hereditary or congenital disease?* | | Sí  No |
| **20. ¿Padece alguno de sus familiares enfermedades congénitas o hereditarias?**  *Does any of your family suffer from any hereditary or congenital disease?* | | Sí  No |
| **21. ¿Cuáles? (En caso de haber respondido «si» en 20**  *If you answered YES to 20.a. and indicate which pertain)* | |  |
| **22. ¿Ha recibido transfusiones de sangre?**  *Have you received any blood transfusion?* | | Sí  No |
| **23. ¿Cuál fue el motivo? (En caso de haber respondido «si» en 22)**  *If you answered YES to 20 indicate why* | |  |
| **24. ¿Está usted embarazada?**  *Are you pregnant?* | | Sí  No |
| **25. ¿Padece actualmente alguna enfermedad que requiera estudios o internación en los próximos meses?**  *Do you suffer from any disease right now that needs treatment or admission the next months?* | | Sí  No |
| **26. ¿Cuál o cuáles? (En caso de haber respondido «si» en 25)**  *If you answered YES to 25 indicate which pertain to you* | |  |
| **27. ¿Tiene dificultades en la visión o en la audición?**  *Do you have any hearing or vision impairment?* | |  |
| **29. ¿Es alérgico?**  *Are you alergic?* | | Sí  No  ¿A qué? |
| **29. ¿Ha presentado alguna vez las siguientes patologías?**  *Have you ever suffered from any pathogens?* | | |
|  | **29.a. Presión arterial elevada**  *High blood pressure* | Sí  No |
|  | **29.b. Enfermedad coronaria**  *Heart disease* | Sí  No |
|  | **29.c. Diabetes**  *Diabetes* | Sí  No |
|  | **29.d. Tipo de diabetes**  *Type of diabetes* |  |
|  | **29.e. Enfermedades infectocontagiosas**  *Infectious diseases* | Sí  No |
|  | **29.f. ¿Fuma?**  *Do you smoke?* | Sí  No |
|  | **29.g. Otras patologías**  *Other pathogens* |  |

.............................................................................................

## APLICANTS SIGNATURE

.............................................................................................

## SIGNATURE AND STAMP OF A DOCTOR

.............................................................................................

## DATE