



INTERNATIONAL AFFAIRS OFFICE
FORMULARIO MEDICO
MEDICAL FORM

A SER LLENADO POR EL APLICANTE / TO BE COMPLETED BY APPLICANT

Apellidos <i>Surname</i>		Nombre <i>Name</i>		Sexo <i>Gender</i>	
Lugar del Programa <i>Program Location</i>		Periodo <i>Term of Study</i>		Edad <i>Age</i>	

Renuncio a mis derechos de confidencialidad médico-paciente en el evento de que la universidad del exterior o la Universidad de Especialidades Espíritu Santo y/o institución requieran mi récord médico.

I hereby waive my right to doctor-patient confidentiality in the event that the university abroad or the Universidad de Especialidades Espiritu Santo and/or an institution request my medical record.

Fecha DD MM AA (YY)

Date

Firma del Apicante/ *Signature of Applicant*

A SER LLENADO POR UN MEDICO / TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN

SECCION I / SECTION I

Por favor complete la siguiente información con respecto a la historia médica del aplicante. / *Please complete the following information regarding the applicant's medical history.*

Peso <i>Weight</i>		Altura <i>Height</i>		Tipo de Sangre <i>Blood Type</i>		
		Si / Yes	No		Si / Yes	No
Varicela <i>Chicken Pox</i>				Discapacidades Físicas (especifique) <i>Physical Disabilities (specify)</i>		
Hepatitis <i>Hepatitis</i>				Cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta <i>Head, eyes, ears, nose or throat</i>		
Malaria <i>Malaria</i>				Sistema inmunológico, incluido linfático <i>Immune system, including lymph nodes</i>		
Sarampión <i>Measels</i>				Tuberculosis o exposición <i>Tuberculosis or contact with it</i>		
Fiebre Escarlata <i>Scarlet Fever</i>				Dolor o presión en el pecho <i>Pain or preassure in the chest</i>		
VIH (detallar) <i>HIV (elaborate)</i>				Condiciones de la piel <i>Skin Conditions</i>		
Musculoesquelético <i>Musculoskeletal</i>				Problemas de Riñon <i>Kidney Problems</i>		
Anemia <i>Anemia</i>				Epilepsia <i>Epilepsy</i>		
Hernia <i>Hernia Repair</i>				Metabólico/ Endocrina <i>Metabolic/ Endocrine</i>		

	Si / Yes	No		Si / Yes	No
Paperas <i>Mumps</i>			Cáncer (especifique) <i>Cancer (specify)</i>		
Respiratorio <i>Respiratory</i>			Cardiovascular <i>Cardiovascular</i>		
Neurológico <i>Neurological</i>			Alergia a las medicinas (cuales) <i>Allergies to Medications (which)</i>		
Migraña <i>Migraine Headaches</i>			Gastrointestinal <i>Gastrointestinal</i>		
Apendectomía <i>Appendectomy</i>			Desmayos <i>Fainting Spells</i>		
Fiebre reumática <i>Rheumatic Fever</i>			Ritmo cardíaco rápido o irregular <i>Irregular or rapid heart beat</i>		
Asma <i>Asthma</i>			Problemas crónicos o recurrentes <i>Chronic or Recurrent problems</i>		
Alergias (especifique) <i>Allergies (specify)</i>			Otra(s) operación(es) (especifique) <i>Other Operations(s) (specify)</i>		

Si ha contestado "si" a cualquiera de las preguntas, por favor explique en detalle en el espacio debajo o en un papel adjunto. *If you have answered "yes" to any of the above questions, please explain in detail in the space below or in an attached sheet.*

SECCION II / SECTION II

Por favor responda las siguientes preguntas con relación al aplicante. / *Please answer the following questions regarding the applicant.*

1. En su opinión, ¿existe alguna razón médica por la que el paciente no pueda participar activamente en un programa de intercambio en el exterior? / *In your judgment, is there any medical reason why this applicant cannot actively participate in an exchange program abroad?*

2. ¿Se encuentra el paciente recibiendo actualmente tratamiento médico, el mismo que deberá extenderse mientras se encuentre en el exterior? De ser positivo, por favor describa la naturaleza del mismo. / *Is the applicant currently receiving any medical treatment, which would have to be continued while he / she is abroad? If yes, please describe its nature.*

SECCION III / SECTION III

Apellidos <i>Surname</i>		Nombre <i>Name</i>		E-mail	
Teléfono <i>Phone Number</i>		Dirección <i>Address</i>			

OBSERVACIONES:

OBSERVATIONS:

Fecha

Date

D

M

A (Y)

Firma del Doctor/ *Signature of the Physician*