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?* | **VISIÓN** / VISION Sí [ ]  No [ ]  **AUDICIÓN**/ HEARING Sí [ ]  No [ ]   |
| **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