



FICHA DE REGISTRO MEDICO

El Estudiante que desea postular para el Programa de Movilidad Estudiantil deberá completar obligatoriamente los siguientes datos.

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

M

F

Marque con una cruz el nombre de la enfermedad o afectación que habitualmente usted sufre

Amigdalitis

Apendicitis

Artritis

Asma

Diabetes

Hernia

Enfermedad cardíaca

Enfermedad de la piel

Enfermedad intestinal

Enfermedad en los riñones

Enfermedad en el aparato genital -
urinario

Enfermedad en las orejas

Enfermedad estomacal

Enfermedad en los ojos

Fiebre

Parálisis

Neumonía

Reumatismos

Reumatismos articulares agudos

Reumatismos articulares frecuentes

Problemas en nervio ciático

Sífilis

Sinusitis

Tensión (hipo, hiper)

Tuberculosis

Tiroide

Viruela

Varisela

Vesícula Biliar

Virus Inmuno Deficiencia (positivo)

Virus Papiloma Humano (positivo)

Otras enfermedades (precisar):

En caso de respuesta positiva indicar

1. Nombre de la enfermedad prescripta:

2. Medicamento consumido:

3. Estado actual de la enfermedad:



¿Estuvo usted en observación o tratamiento médico en los últimos 5 años a causa de una enfermedad psíquica o mental?

Sí No

¿Cual?

¿Está usted actualmente en buenas condiciones físicas y mentales?

Si No

Si no lo está, favor describir su cuadro aquí:

En caso de accidente o enfermedad grave deje usted el nombre y teléfono de la persona a quien se podrá comunicar

Firma :

Aclaración :

Fecha :